Rok LII. Kraków, dnia 18. stycznia 1913. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, oraz o t. zw. meningizmie.

napisał

Dr Maryan Godlewski.

(Ciąg dalszy).

Obecnie przystępujemy do szczegółowego omówienia spostrzeganych przez nas przypadków, w których białkomocz z całą pewnością odnieść można było do wikłającego zapalenie opon mózgowych, zapalenia nerek.

Z opisu tego okaże się, jakie trudności rozpoznawcze w tym razie powstać mogą.

I. Przed półtora rokiem wezwany zostałem do Maryi O., żony szewca, zamieszkałej w Krakowie. Chora, będąca w ostatnim miesiącu ciąży, leżała z głową wciśniętą w poduszki, zupełnie nieprzytomna, jęcząc. Mąż podał, że zasłabła dnia poprzedniego; bezpośrednio po powrocie z przechadzki: silny ból głowy i wymioty. Przedmiotowe badanie wykazało bardzo wyraźną sztywność karku i względne wyraźne zwolnienie tętna w stosunku do wysokiej gorączki (Przy temperaturze 39⁰ ilość tętna nie dochodziła 70 uderzeń w minucie). Objawy te, łącznie z wywiadami, pozwalały mi odrazu rozpoznać zapalenie opon mózgowych i z tem rozpoznaniem przewiozło chorą pogotowie ratunkowe na oddział wewnętrzny szpitala św. Łazarza. Badający ją tu lekarz, w moczu, wypuszczonym cewnikiem, stwierdził znaczną ilość białka i krew. Objawy te łącznie z ciążą nasunęły mu przypuszczenie rzucawki ciężarnych zwłaszcza, że zauważył lekkie drgawki w twarzy. To dało powód do przeniesienia chorej na oddział położniczo-ginekologiczny dla dokonania rozwiązania. Tymczasem sztywność karku ustąpiła już zupełnie, a przy podniesionej wciąż ciepłocie miejsce zwolnienia tętna zajęło przyspieszenie. Wobec tych objawów i pewnych przedmiotowych danych, świadczących za zapaleniem nerek, skłaniano się tu do rozpoznania mocznicy, co wobec, jak zaznaczyłem, ustąpienia sztywności karku, zdawało się zupełnie uzasadnione. W kilka godzin po rozwiązaniu chora zmarła, nie odzyskawszy przytomności, w czwartym, czy piątym dniu choroby.

Badanie pośmiertne, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jag., wykazało: »Leptomeningitis purulenta cerebro-spinalis (epidemica?) Tumor lienis acutus. Nephritis parenchymatosa acuta recens. Degeneratio adiposa hepatis. Fragmentatio myocardii. Uterus post partum. Involutio uteri incompleta. Incisiones cervicis uteri lege art. factae. Nodi tuberculosi caseosi incapsulati apicum pulmonis utriusque. Ulcera tbc. obsoleta et recentia intestini ilei«.

II. Drugi przypadek dotyczył abituryenta gimnazyum Maryana L. l. 23, który przyjęty został na nasz oddział z objawami silnego bólu głowy, ćmienia przed oczyma, zawrotów głowy; wymioty kilkakrotne. Choroba — wedle podania chorego — trwa czwarty dzień, rozpoczęła się nagle. Te objawy, podane przez chorego, zupełnie przytomnego, łącznie z badaniem moczu, które wykazało objawy ostrego zapalenia nerek, skłoniły lekarza oddziałowego, który pierwszy badał chorego, do wykonania upustu krwi, a to skutkiem zupełnie logicznego przypuszczenia, że chodzi o mocznicę w przebiegu ostrego zapalenia nerek. Badając chorego w czasie wizyty popołudniowej, w kilka godzin po przyjęciu na oddział, doszedłem do przekonania, że to zapalenie nerek, nie ulegające żadnej wątpliwości (białka 7‰), jest objawowe i toczy się na tle zapalenia opon; sztywność bowiem karku była bardzo wyraźna, a ciepłota podwyższona znacznie (39—38·5) przy stosunkowo wolnem tętnie (około 70). Dopiero przy końcu życia przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na minutę. Śmierć w stanie bezprzytomnym w siódmym dniu choroby.

Rozpoznanie sekcyjne brzmiało, jak następuje: Leptomeningitis tuberculosa basilaris. Tuberculosis nodosa gland. lymph. mediastini. Bronchitis catarrhalis diffusa. Tuberculosis miliaris hepatis. Degeneratio adiposa hepatis. Nephritis acuta. — Nerki były wiotkie, soczyste, kora żółtawa, rysunek zachowany. Mikroskopowe badanie nerek wykazało zwyrodnienie miąższowe i początek sprawy zapalnej ostrej. W kilku gruczołach limfatycznych śródpiersia grudki poczęści tylko żółtawo zabarwione, przeważnie szarawe, dochodzące wielkości ziarna soczewicy. W wątrobie na powierzchni nieliczne prosowate gruzełki. Zresztą, prócz zapalenia opon na podstawie mózgu, nigdzie indziej zmian gruźliczych nie stwierdzono.

III. Katarzyna M. służąca, przybyła do szpitala w stanie zupełnej nieprzytomności, tak że zebranie wywiadów było zupełnie niemożliwe. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono wyraźną sztywność karku, bardzo znaczne podwyższenie ciepłoty (39·8—40·6), drobne bardzo przyspieszone tętno (120), oraz zapalenie rogówki. W moczu, odprowadzonym cewnikiem, obraz właściwy ostremu zapaleniu nerek. Śmierć trzeciego dnia pobytu w szpitalu. Opierając się na wymienionych powyżej objawach przedmiotowego badania, rozpoznał prymaryusz oddziału, co następuje: »Meningitis purulenta. Keratitis dextra. Nephritis acuta. Dilatatio cordis«.

Rozpoznanie to stwierdzone zostało następnie przez badanie pośmiertne w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jag. W protokole sekcyjnym zapisano:

Leptomeningitis pneumococcica purulenta cerebrospinalis, praecipue ad basim cerebri. Pyocephalus internus acutus. Bronchopneumonia catarrhalis lobularis disseminata lobi inferioris pulmonis utriusque. Tumor lienis levioris gradus acutus. Fragmentatio myocardii. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Nephritis parenchymatosa acuta recens.

Przystępując do bliższego rozpatrzenia trzech powyżej naszkicowanych przypadków, zaznaczyć należy przedewszystkiem, że we wszystkich nie podobna było przeoczyć ostrego zapalenia nerek; w przypadku pierwszym mieliśmy nawet zapalenie krwotoczne. Łatwość, z jaką cierpienie to rozpoznać się daje, może stać się niekiedy źródłem błędu. Wychodząc bowiem z tego rozpoznania, można byłoby ból głowy, zawroty, ćmienie przed oczyma, wymioty, utratę świadomości, zwolnienie tętna, kłaść na karb rozwijającej się pod wpływem zapalenia ostrego nerek, mocznicy i tym sposobem całe rozpoznanie wyczerpać. Przeciw jednak takiemu pojmowaniu sprawy przemawiały głównie dwa objawy, we wszystkich trzech przypadkach wyraźnie zaznaczone: sztywność karku, oraz trwałe — przy zwolnionem względnie tętnie — podniesienie ciepłoty. Zespół tych dwóch objawów naprowadził rozpoznanie na właściwe tory, pozwalając odnieść ostre zapalenie nerek — jako powikłanie — do toczącego się zapalenia opon mózgu, co też badanie pośmiertne we wszystkich trzech przypadkach potwierdziło.

Nie zamierzając kreślić symptomatologii zapalenia opon mózgowych, muszę ze względu na zajmujące nas tu przypadki, gdzie obraz zapalenia opon, skutkiem równoczesnego powikłania nerkowego, zostaje niejako w cieniu, zwrócić uwagę na jedną okoliczność.

Mimo, że wszystkie niemal objawy, spostrzegane w przebiegu zapalenia opon mózgowych, dają się wytłómaczyć zmianami anatomicznemi w ośrodkowym układzie nerwowym, nie są one wszystkie pod względem patognomonicznym równorzędne. Mimo, że takie objawy, jak ból i zawrót głowy, wymioty, zwolnienie tętna, podniesienie ciepłoty, są w tych razach również mózgowego pochodzenia, mają one dużo ogólniejsze znaczenie, stoją zatem w rozpoznaniu zapalenia opon dyagnostycznie znacznie niżej, niż ogólna przeczulica, objaw Kerniga, a przedewszystkiem sztywność mięśni karku i kręgosłupa. Objawy zatem pierwszej grupy nie mają wcale tej swoistości, która cechuje objawy grupy drugiej; pomiędzy znów tymi sztywność mięśni karku i kręgosłupa wybija się na plan pierwszy, jako objaw nietylko bardzo znamienny i stały, ale także stosunkowo bardzo wcześnie występujący. Rozpoznawczo niemal równorzędny jest objaw Kerniga, występujący jednak zwykle później, niż sztywność karku. Przeczulicy przypada mojem zdaniem dopiero trzecie miejsce; nie jest ona, przynajmniej, gdy chodzi o wyższy stopień, a taki tylko może być w tej mierze rozpoznawczo zużytkowany, objawem stałym; w natężeniu zaś nieznacznem nie jest przeczulica niczem znamiennem dla zapalenia opon, gdyż spotykamy ją w całym szeregu innych chorób, jakoto u osób nerwowych, w grypie, widzimy nieraz pewną nadczułość dotykową, zwłaszcza mięśni łydkowych, przeczulicę zmysłową np. przy migrenie; ogólną i to znacznego stopnia przeczulicę spotykał Lewkowicz w przebiegu gruźlicy prosówkowej u dzieci.

Pierwszorzędna wartość rozpoznawcza objawu sztywności karku skłania mnie do omówienia go w kilku słowach. Patogeneza objawu tego nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona; to pewna, że chodzi tu o przeniesienie się sprawy zapalnej najczęściej przez ciągłość (per continuitatem) z opon na korzonki nerwowe lub, jak sobie niektórzy wyobrażają, o ucisk elementów nerwowych przez wytwarzający się wysięk. Według Leubego wchodzi tu w grę przedewszystkiem zajęcie nerwu dodatkowego Wilizyusza, niewątpliwie jednak więcej w grę wchodzi splot szyjny, unerwiający jak wiadomo mięśnie prostujące kark (splenius capitis, longissimus cervicis, longissimus capitis i rectus capitis), gdy nerw dodatkowy Wilizyusza zaopatruje mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy i kapturowy (trapezius), które w stężeniu mięśni karku grają w każdym razie rolę drugorzędną, a nawet — według niektórych — zupełnie w tem nie biorą udziału.

Stężenie karku i dołączające się później często stężenie całego kręgosłupa występuje nieraz już w drugim dniu choroby i jest, pominąwszy wyjątkowe przypadki t. zw. meningizmu[10]), (o czem niżej obszerniej będzie mowa) — zupełnie charakterystyczne dla ostrej zapalnej sprawy mózgowia, a więc przedewszystkiem opon, wyjątkowo i samego mózgu (encephalitis). Niektórzy autorowie (Jochmann) twierdzą, że objawu tego brak u małych dzieci, względnie, że z powodu wątłości mięśni trudno go wykryć, gdyż wątłość mięśni warunkuje brak napięcia. Wedle naszych spostrzeżeń, opartych wyłącznie na obserwacyi dorosłych chorych, objaw ten jest zupełnie stały, tak że brak objawu tego w ciągu całej choroby przemawia, mimo innych podejrzanych objawów, przeciw zapaleniu opon mózgu. Aby sztywności karku w zapaleniu opon brakło, nie stwierdziliśmy nigdy; osobiście jestem też przekonany, że odmienne spostrzeżenia innych autorów polegają na nieuwzględnieniu tej okoliczności, iż czas utrzymywania się tego objawu jest bardzo różny. I tak w przypadku pierwszym, powyżej podanym, (dotyczącym Maryi O.), w którym na zasadzie niemal tego objawu mogłem w mieszkaniu chorej rozpoznać zapalenie opon, nie można było w szpitalu w kilkanaście godzin później sztywności karku już wcale stwierdzić, co dało powód do 2 innych rozpoznań, a mianowicie rzucawki i mocznicy. Jestem też przekonany, że rzekomo nie rzadki brak tego objawu jest pozorny i polega na tem, że niejednokrotnie w okresie, w którym chory dostał się pod obserwacyę lekarską, już objaw ten ustąpił[11]). Długość bowiem czasu, w ciągu którego objaw ten się utrzymuje, bywa bardzo różna.

Jako przeciwstawienie do powyżej naszkicowanego przypadku mogę przytoczyć trzy inne, które dziwnym zbiegiem okoliczności równocześnie w ciągu ostatnich tygodni mieliśmy sposobność spostrzegać na oddziele. Dwa dotyczyły t. zw. zapalenia opon nagminnego, w trzecim było

[10]) Od meningizmu należy odróżnić rzekome zapalenie opon histeryczne (pseudo-meningitis hysterica), które zwykle nietrudno jako objaw histeryi rozpoznać.

[11]) Tem tłómaczę sobie twierdzenie Fischera (Über die tuberculose Meningitis. Münch. med. Woch. 1910 Nr 20), który na podstawie wielkiej, bo 260 przypadków wynoszącej statystyki, zebranej w ciągu lat 20 w szpitalu, dochodzi do przekonania, że sztywności karku może czasem nie być. (Co do objawu Kerniga, to spotykał brak jego często).

zapalenie gruźlicze, co już badanie płynu za życia wykazało, a sekcya potwierdziła.

Otóż w przypadku pierwszym, który zakończył się wyzdrowieniem zupełnem i drugim, który i obecnie jeszcze obserwujemy, sztywność karku utrzymywała się całe tygodnie, w trzecim, dotyczącym zapalenia gruźliczego, ustąpiła na dwa dni przed śmiercią.

Sądziłbym, że mimo pewnych niedoborów w teoretycznem uzasadnieniu powstawania sztywności karku, można się przecie już dzisiaj pokusić o teoretyczne uzasadnienie powyżej naszkicowanej zmienności, dotyczącej czasu utrzymywania się sztywności karku, w poszczególnych przypadkach zapalenia opon.

Z badań Liebermeistra i Lebsafta[12]) wynika mianowicie, że w przebiegu zapalenia opon — i to nietylko t. zw. nagminnego, ale i gruźliczego — o ile tylko prócz opon mózgu zajęte są i opony rdzenia, sprawa zapalna z opon przechodzi na sam rdzeń, a mianowicie przedewszystkiem na jego część przybrzeżną, zajmując korzonki tylne, oraz tylne powrózki białej substancyi. Wyrazem tego zajęcia jest przedewszystkiem obrzęk, a następnie rozpad tłuszczowy włókien osiowych i otoczki. Przy postępie sprawy dopiero ulegają zwyrodnieniu komórki istoty szarej rogów przednich, a wreszcie powrózki przednie i boczne substancyi białej. Do podobnych wyników doprowadziły też badania, ogłoszone przez Ludwiga[13]), który zwłaszcza w przypadkach zapalenia opon, przebiegających z zanikami mięśniowymi, stwierdził zmiany w zakresie rogów przednich szarej substancyi, podobnie jak w przebiegu zapalenia rogów przednich (poliomyelitis anterior); stwierdza to przeto słuszność poglądów Wickmana, że granica między temi dwoma chorobami bywa niekiedy zatarta.

Łatwo sobie wyobrazić, że o ile stan podrażnienia zapalnego miarodajnych dla omawianego objawu elementów nerwowych, wyrażający się obrzękiem, może być podnietą do powstania sztywności, o tyle następowy ich rozpad tłuszczowy i przeniesienie się sprawy zwyradniającej na rogi przednie istoty szarej musi, przez następczo rozwijające się w danym zakresie porażenie wiotkie, pociągnąć za sobą ustąpienie sztywności karku.

W oświetleniu tych badań staje się zupełnie jasnem, dlaczego czas trwania sztywności karku w poszczególnych przypadkach omawianej choroby podlega takim wahaniom; staje się zrozumiałem, dlaczego zniknięcie tego objawu samo w sobie pod względem rokowania zużytkowane być nie może, a nie może dlatego, gdyż może być zarówno wyrazem postępowania i szerzenia się, jak słabnięcia i cofania się samej sprawy zapalnej. Wspomnę jeszcze tylko, że cenny ten objaw nabiera jeszcze więcej wartości, gdy chodzi o odróżnienie zajmującej nas w tej chwili rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgu od mocznicy; w tym względzie nie ustępuje on co do ważności nawet wnioskom, wyciąganym z badania płynu mózgowo-rdzeniowego, której to metodzie tak wiele nauka zawdzięcza, a badanie objawu tego nawet przez tę metodę — nie zawsze dla lekarza dostępną — zastąpić się nie da. Wiemy bowiem z pracy Chauffarda[14]), że przewaga ciałek wielojądrzastych w osadzie (polynucleosis) może, jako objaw przejściowy, wystąpić i w przebiegu mocznicy; wiemy dalej, że w przebiegu mocznicy ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego może również być podniesione, że wreszcie wyjątkowo mogą być aseptyczne płyny mózgowo-rdzeniowe przyrody niewątpliwie zapalnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[12]) Liebermeister und Lebsaft: Über Veränderungen der nerv. Elemente am Rückenmark bei Meningitis cerebr. spin. epidem. (Münch. med. Woch. 1909 Nr 18).

[13]) Ludwig: Uber Veränderungen der Ganglienzellen des Rückenmarks bei Mening. cer. epid. (Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde 1907 Bd. 32).

[14]) Chauffard: Urémie aiguë et polynucléose rachidienne. (La semaine medicale Nr 46; 1907).

Ze Szpitala powszechnego w Krośnie.

Założenie przetoki jelitowej z powodu porażenia jelit w przypadku rozlanego zapalenia otrzewnej

podał

Dr Z. Lewicki.

Dyrektor szpitala.

Dnia 29. IX. 1912 wieczorem przywieziono do tutejszego szpitala chorą P. Ż. z Jabłonicy z rozpoznaniem ostrej niedrożności jelit.

Wywiady: Choroba rozpoczęła się przed 10 dniami nagle wśród gwałtownych bólów brzucha, wymiotów, zaparcia stolca i wiatrów; od tego czasu do dnia dzisiejszego wymioty po każdem jedzeniu, silne bóle brzucha i zupełne zatrzymanie stolca.

Stan obecny: Chora, lat 20, dobrze zbudowana i odżywiona, w zapadzie, ciepłota ciała niżej prawidłowej, tętno słabo napięte, miękkie, niepoliczalne. Oddech szybki, piersiowy. Brzuch jednostajnie wzdęty, powłoki brzuszne napięte, wszędzie jednakowa bolesność z wyjątkiem okolicy kątniczo-biodrowej prawej, gdzie chora na ucisk oddziaływa napięciem mięśniowem i krzykiem. Stawiania się jelit lub wzdęcia mięśniowego zauważyć nie można; również osłuchiwaniem nie można stwierdzić żadnych zgoła ruchów jelit, ani też przelewania się treści pokarmowej, słowem: t. zw. »Grabesstille« niemieckich autorów. Zresztą płuca, serce i t. d. bez żadnych zmian chorobowych.

Z rozpoznaniem: Appendicitis perforativa subsequente peritonitide diffusa, przystąpiłem natychmiast do operacyi.

Cięciem skośnem w środku między prawym kolcem k. biodrowej a pępkiem otwarto jamę brzuszną, z której wydostaje się duża ilość płynu ciemnego, mętnego, jednak nie ropnego. Jelito ślepe i pętle jelitowe przyległe, dostępne dla oka, silnie rozdęte, przekrwione i pozlepiane świeżymi złogami włóknika. Przy ostrożnem rozdzielaniu zlepów wydobyto z miednicy małej wyrostek robaczkowy w całości obrzękły, silnie przekrwiony, z licznemi drobnemi wybroczynami podsurowiczemi, długości do 15 cm., nigdzie w swej ciągłości nie naruszony. Przydatki wolne, nie zajęte, taksamo macica mała, wolna.

Wyrostek zresekowano, a jamę brzuszną zaszyto z pozostawieniem w dolnym kącie rany małego paska gazy wyjałowionej, który sięgał aż do szwu na jelicie ślepem.

Stan operowanej po zabiegu zgoła nie uległ zmianie. Wymioty utrzymują się nadal, stolca i wiatrów brak; tylko drugiego dnia po operacyi po założeniu grubego drenu z gliceryną do kiszki stolcowej odeszła skąpa ilość wiatrów. Stan ten utrzymuje się bez zmiany przez trzy dni z tem,

że chora mimo energicznych stosowań wysokich wlewań gliceryny i soli kuchennej stolca niema, że mimo przepłukiwania żołądka wymioty nie ustają. Również wstrzyknięcie hormonalu pozostało bez skutku. Wobec tego, jak i ze względu na stan chorej, który stale się pogarszał, przystąpiłem do ponownej operacyi. Nie wierząc w dobry wynik ponownego zabiegu, już choćby ze względu na zły stan chorej, zdecydowałem się jednak nań tem szybciej, że osłuchując stwierdzić można było w jelitach »tony dźwięczne« przelewającej się treści pokarmowej. Sądziłem zatem, że może prócz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, stwierdzonego przy operacyi, a któremu to zapaleniu przy nienaruszonym wyrostku zdawały mi się nie odpowiadać tak silne zapalenie otrzewnej i porażenie jelit i tak ciężki zapad, zachodzi jakaś przeszkoda mechaniczna, którą należy usunąć. Cięciem zatem w linii środkowej ciała, długiem na 15 cm., otwarłem jamę brzuszną. Wszystkie jelita pozlepiane świeżymi złogami włóknika, silnie przekrwione i rozdęte; mimo skrupulatnego przeszukiwania całej jamy brzusznej nie znaleziono żadnej przeszkody w krążeniu treści pokarmowej. Wobec tego zdecydowałem się na założenie przetoki jelitowej (enterostomii), a mianowicie najniżej położoną i najbardziej rozdętą pętlę jelitową obszyłem szwem kapciuchowym lambertowskim, szew zawęźliłem, nie ściągając jednak całkowicie węzła, w środku tegoż szwu naciąłem jelito aż do światła i wsunąłem dren grubości ołówka i wtedy dopiero ściągnąłem szew (mniej więcej na sposób zakładania przetoki żołądkowej metodą Kadera). Spodziewałem się bowiem, że w razie pomyślnego przebiegu po usunięciu drenu, powierzchnie surowicze, stykające się bezpośrednio, wygoją mi w ten sposób przetokę.

Przy zakładaniu drenu prócz skąpej ilości kału wyszła nieco większa ilość gazów. Dwoma szwami umocowałem jelito w otrzewnej ściennej i jamę brzuszną aż po dren zaszyłem zupełnie. By zapobiedz wypadnięciu drenu, przyszyłem go jednym szwem do skóry. Obok łóżka chorej kazałem umieścić naczynie szklane, w które wpuściłem dren.

Bezpośrednio po ostatnim zabiegu stan chorej uległ zupełnej zmianie: przestała wymiotować mimo podawania obfitej ilości płynów, tętno stało się pełniejsze, policzalne, 110 na minutę. Przez dwa dni następne jednak stolców mimo wlewań wysokich nie można było wywołać. Natomiast przez dren odeszło przeszło 250 gr. kału płynnego dwa do trzy razy dziennie. Dwa razy dziennie przepłukiwałem przez dren jelita rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, a do kiszki stolcowej raz dziennie zakładano gruby dren z gliceryną. Trzeciego dnia poleciłem podać chorej olej rącznikowy i równocześnie uciskadłem zacisnąć dren celem przekonania się o drożności jelit. W kilka godzin potem pojawiły się obfite wypróżnienia. Wobec tego dren natychmiast usunąłem.

Następne dwa dni opatrunki były przesiąknięte dość obficie treścią jelitową, od trzeciego dnia coraz mniej; a około tydzień później mimo tego, że poleciłem chorej wstać z łóżka i chodzić, na opatrunkach nie pojawiała się ani kropla treści jelitowej. W 5 tygodni później chora opuściła szpital zupełnie zdrowa bez żadnych objawów ze strony jelit.

Przypadek ten ogłaszam dla dwóch powodów: 1) Wskazuje on, jak ciężkie mogą być objawy i jak groźne powikłania przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, bez jego przedziurawienia, oraz że 2) założenie przetoki jelitowej w przypadku zupełnego porażenia jelit przy rozlanem zapaleniu otrzewnej może uratować życie chorego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

H. Roger. **Funkcye płuc.** (Presse medic. 1912 Nr 92). Autor we wstępnym wykładzie przy rozpoczęciu bieżącego roku akademickiego porusza sprawę funkcyi i znaczenia płuc. Mimo, że nie wszystkie poruszone przez autora myśli są nowe, niezawsze samodzielne i niekiedy gruntowniej jeszcze nieuzasadnione, pozwalam sobie nieco dokładniej streścić ten wykład ze względu na ważność (obok małej ogólnej ich znajomości) poruszonych w nim problemów.

Po zwróceniu ogólnem uwagi na ważność oddychania wogóle, na sprawę oddychania zewnętrznego i wewnętrznego, po omówieniu sprawy oddychania u istot najniższych, autor nieco obszerniej zastanawia się nad sprawą oddychania bakteryi — zarówno tlenowców jak i beztlenowców — i podnosi, że beztlenowce do swego istnienia również potrzebują tlenu, który jednak pobierają nie z powietrza, lecz z substancyi organicznych, rozkładając je i uwalniając z nich tlen. To oddychanie anaërobowe jest zresztą zjawiskiem ogólnem, dającem się wykazać nawet u istot najwyższych i ujawniającem się w redukujących własnościach różnych tkanek; jednakże samo to oddychanie anaërobowe wystarcza tylko dla bardzo małej grupy istot, natomiast przeważna ich ilość dla swego istnienia potrzebuje prócz tego powietrza atmosferycznego, oddychania aerobowego, które pozornie jest jedynem źródłem procesów utleniających w ustroju.

Bez względu na pochodzenie tlenu, oddychanie komórek doprowadza do wytwarzania bezwodnika kwasu węglowego, który zostaje wydalony na zewnątrz; zatrzymany zaś w ustroju, rychło wywołuje śmierć tego ustroju.

Ta wymiana gazów u istot najniższych odbywa się za pośrednictwem powłok zewnętrznych, u zwierząt wyższych za pośrednictwem pewnych narządów, jak tchawki, skrzela, płuca. Jednakże nawet jeszcze u pewnych kręgowców istnieją obydwa typy oddychania, skórny i płucny. Tak np. dzięki istnieniu oddychania skórnego żaby po wycięciu im obydwu płuc istnieć mogą dalej zupełnie dobrze. Podnieść przytem należy, że przy oddychaniu skórnem wymiana gazów zdaje się odbywać na podstawie zwykłych praw fizycznych, natomiast w płucach, jak to wynika z prac Christiana Bohra, zdaje się ona mieć c h a r a k t e r s p r a w y w y d z i e l n i c z e j, podległej działaniu układu nerwowego. Prócz tego nabłonek pęcherzyków płucnych zdaje się posiadać nawet pewne własności wybiórcze, jak za tem przemawia jego nieprzepuszczalność w żadnym kierunku dla amoniaku. Wogóle jednakże nabłonek ten jest przenikliwy dla przeważnej ilości substancyi lotnych, czemu zawdzięczamy wydalanie ich przez drogi oddechowe. Dzięki temu płuca służą nietylko do oddychania, lecz przez wydalanie z ustroju gazów trujących c h r o n i ą u s t r ó j p r z e d z a t r u c i e m t y m i g a z a m i.

Prócz tego płuca na podobieństwo wątroby posiadają w ł a s n o ś ć z a t r z y m y w a n i a i z o b o j ę t n i a n i a r ó ż n o r o d n y c h krążących w krwi substancyi trujących. Tak np. żaba z wyciętą wątrobą lub żaba z wyciętemi płucami, wrzucona do wody z domieszką strychniny, natychmiast dostaje drgawek, natomiast żaba prawidłowa zjawisku temu nie ulega. Wstrzyknięcie zwierzętom ssącym jakiejś substancyi trującej do żyły obwodowej wymaga do zabicia zwierzęcia 2—3 razy większej dawki, niż wstrzyknięcie tejże trucizny do tętnicy szyjnej: w pierwszym przypadku znaczna część tej trucizny przy przechodzeniu przez krążenie płucne ulega zobojętnieniu. Zjawisko to jednakże występuje tylko w tym razie, jeżeli do płuc dochodzi tlen; jeśli zwierzę np. znajduje się w atmosferze wodoru, to płuca tego ochronnego działania nie wywierają, co zdaje się dowodzić, że zobojętnianie substancyi trujących w płucach jest zależne nie od wydychania tych substancyi, lecz od bezpośre-

dniego działania na nie tlenu. Ponieważ przez płuca przepływa wszystka krew ustroju, gdy natomiast przez wątrobę przechodzi tylko krew z przewodu pokarmowego, autor sądzi, że ze względu na zobojętnianie trucizn płuca mogą mieć nawet większe znaczenie dla ustroju, aniżeli wątroba.

Opierając się na tem, że w płucach stwierdzono niejednokrotnie obecność różnych zaczynów, oraz na bardzo energicznem działaniu wyciągów z płuc (w stanie zgęszczonym wywołują one skrzepnięcie krwi w całym układzie żylnym; wyciąg z 0,06 tkanki płucnej ma wystarczać do zabicia zwierzęcia), autor sądzi, iż płuca należą do narządów o bardzo energicznem wydzielaniu wewnętrznem. Przytem podkreśla autor, że zgęszczone wyciągi z tkanki płucnej wywołują ogólne skrzepnięcie krwi w układzie żylnym, natomiast pod wpływem wyciągów rozcieńczonych krzepliwość krwi staje się mniejszą. U żaby z wyciętemi płucami po odcięciu np. kończyny krew szybko wypływa z przeciętych naczyń aż do zupełnego zniedokrwienia zwierzęcia, u żaby zaś normalnej w tych samych warunkach rychło tworzą się skrzepy, tamujące krwotok. Na tych podstawach dochodzi autor do wniosku, że wycięcie płuc u żaby wywołuje zmniejszenie krzepliwości krwi i że płuca wogóle wywierają pewien wpływ na krzepliwość krwi.

Prócz tego na podstawie badań własnych i innych autorów dochodzi autor do przekonania, że płuca odgrywają również ważną rolę w walce z drobnoustrojami, dostającymi się do płuc zarówno drogą oddechową, jak i drogą krwi, że wogóle funkcye płuc są bez porównania więcej różnorodne i więcej złożone, niżeli się to ogólnie przyjmuje i że oprócz funkcyi głównej, oddechowej, płuca wypełniają także cały szereg innych, mniej lub więcej ważnych zadań. G.

Medycyna wewnętrzna.

Mazzitelli. **Nowy odczyn Salomona-Saxla, zależny od siarki wydalanej w moczach osób cierpiących na raka** (Riforma med. Nr 30 1912). Salomon i Saxl zwrócili uwagę na odczyn w moczu, zależny od obojętnych połączeń siarki, a wypadający według ich doświadczenia dodatnio w 70% przypadków raka. Polega on na utlenieniu zapomocą perhydrolu jednego ze składników grupy siarki obojętnej, po strąceniu siarki utlenionej przez chlorek baru. Odczyn jest dodatnim, gdy po upływie 12—14 godzin utworzy się na dnie kieliszka osad brunatny, będący strąconym siarkanem baru, zabarwionym barwikami moczu. Według S. i S. wynik odczynu nie zależy od ilości i jakości pokarmów, ani nawet, do pewnego stopnia, od zgęszczenia moczu. Używanie kreozotu i antypiryny zamąca odczyn. Za źródło pochodzenia siarki, strąconej tą metodą, uważano z początku siarko-sinki alkaliczne i podsiarczyny, znajdujące się w moczu, a nadto taurynę i substancye pokrewne cystynie. Prawdopodobnie jednak siarka pochodzi tu z rozkładu białka tkanek. M. postawił sobie za zadanie stwierdzenie, czy to połączenie siarki, dające się wykazać sposobem S. i S., nie jest przypadkiem wyrazem charłactwa ustroju, zwłaszcza zaś istnienia w nim nowotworu złośliwego. Badania swoje wykonał M. nietylko w przypadkach raka rozmaitych narządów i w rozmaitym okresie rozwoju, lecz i w innych stanach chorobowych, wywołujących charłactwo, jak cukrzyca, gruźlica, niedokrwistość, kiła i inne. Badania M. stwierdziły, że odczyn ten jest rzeczywiście dodatni w 70% przypadków raka i do pewnego stopnia nie zależy od charłactwa, gdyż nieraz był dodatni w przebiegu raka, który jeszcze nie wywołał charłactwa. Nie można natomiast twierdzić, że odczyn ten jest swoisty dla raka, gdyż bywał dodatni także i przy innych zmianach chorobowych, zwłaszcza przy gruźlicy. Dr T. T.

Perussia. **O znaczeniu rozpoznawczem zmienionego ruchu robaczkowego przy nowotworach żołądka** (Riforma medica Nr 26 1912). Rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów żołądka opiera się na danych anatomicznych i czynnościowych. Najważniejszym objawem pierwszej grupy jest niedokładne wypełnienie żołądka zawiesiną bizmutu, co daje odpowiednio zmieniony cień na ekranie. Drugą zaś grupę danych cechują przedewszystkiem objawy zmienionej czynności ruchowej, wyrażające się przyspieszonem lub opóźnionem opróżnianiem się żołądka, zależnie od zwężenia, względnie niedomogi odźwiernika, i nieprawidłowem zachowaniem się ruchu robaczkowego żołądka. Bardzo wielkie znaczenie rozpoznawcze ma według P. właśnie zachowanie się ruchu robaczkowego. Objaw ten nie zależy od zmian wywołanych zwężeniem odzwiernika, a daje się wykazać promieniami Röntgena nawet pod nieobecność innych cech nowotworu. W warunkach prawidłowych zaraz, lub bardzo szybko po wprowadzeniu zawiesiny bizmutu do żołądka wykrywa badanie rentgenologiczne wciągnięcie krzywizny dużej w środkowej części, któremu odpowiada również podobne wciągnięcie krzywizny małej, tak, że oba razem odcinają pewną część cienia; wciągnięcia te następnie posuwają się ku odźwiernikowi, cień przez nie ograniczony ciągle maleje, aż wreszcie znika zupełnie przez skurcz części odźwiernikowej (antrum pyloricum). Te pola skurczu występują rytmicznie i okazują nawet w warunkach prawidłowych nietylko u różnych osób, ale nawet u tej samej osoby w rozmaitych okresach trawienia pewne różnice co do siły, częstości i głębokości wciągnięcia. W warunkach nieprawidłowych natomiast mogą fale skurczu posuwać się od odźwiernika ku wpustowi, co jest oznaką zwężenia odźwiernika, anatomicznego lub czynnościowego, mogą być nadzwyczaj głębokie i powolne przy przeroście warstwy mięsnej żołądka, mogą być gwałtowne i szybkie, jak przy wrzodzie trawiennym, mogą być wreszcie nader słabe przy niedowładzie żołądka. Wreszcie, — i P. na to kładzie główny nacisk, — fale skurczowe, które powstawszy prawidłowo w środkowej części dużej krzywizny, przesuwają się następnie ku odźwiernikowi, mogą się w pewnem miejscu zatrzymać, zmniejszyć, a nawet zniknąć zupełnie, tak że wcale nie następuje skurcz części odźwiernikowej, lub też wyzwalają tylko słaby jej bezowocny skurcz; albo, zatrzymawszy się jakiś czas, posuwają się następnie prawidłowo ku odźwiernikowi, czasem zaś wcale się nie wytwarzają, tak że żołądek wygląda jak twór sztywny. Zmiany te, niekiedy bardzo wyraźne, przedstawiają czasem nieznaczne tylko zboczenia. W przypadkach, gdzie są już inne objawy nowotworu, a więc niedokładne wypełnienie żołądka i jego cień nieregularny i zatarty, ma objaw Perussia znaczenie tylko pomocnicze; tam zaś, gdzie te objawy są bardzo słabo zaznaczone, lub też wcale ich niema, ma objaw Perussia znaczenie pierwszorzędne, zwłaszcza gdy chodzi o wczesne rozpoznanie nowotworu, lub też o rozpoznanie różniczkowe między nowotworem, a wrzodem okrągłym. Przez wczesne rozpoznanie rozumie P. naturalnie nie ten okres, gdzie nowotwór jeszcze jest bardzo drobny i ściśle odgraniczony, w którym to okresie żadnemi innemi metodami nie zdołano go jeszcze wykryć, lecz ten okres, gdzie zabieg chirurgiczny może jeszcze być pożyteczny. Czasem rozróżnienie wrzodu trawiennego od nowotworu jest niezmiernie trudne, tem bardziej, że żaden z objawów, jak wiek, wynik obmacywania, badanie treści i przebieg, nie jest rozstrzygający, zwłaszcza że nowotwór złośliwy często powstaje na tle wrzodu trawiennego. W tych przypadkach może pewne światło rzucić badanie promieniami Röntgena, a mianowicie wykrycie wspomnianych wyżej zmian ruchu robaczkowego. W przebiegu bowiem nowotworu daleko częściej zostaje zajęta warstwa mięsna, co właśnie rozstrzyga o czynności ruchowej, aniżeli przy wrzodzie okrągłym. Przyczyną tego jest, że tkanka nowotworu szeroko wciska się w ściany żołądka i wytwarza wielkie nacieki, natomiast wrzód wytwarza niewielką bliznę, która wprawdzie może wywołać objawy zwężenia, która jednak jest ściśle odgraniczona od zdrowych tkanek. I rzeczywiście badania P., odnoszące się do 20 przypadków wrzodu trawiennego, stwierdzonego operacyjnie, lub podczas autopsyi, czy też wresz-

cie zupełnie typowym przebiegiem, wykazały bez wyjątku prawidłowe zachowanie się fal skurczowych, a w paru tylko przypadkach świeżego zwężenia odźwiernika zauważył P. ruchy przeciwrobaczkowe. Natomiast w 15 przypadkach raka żołądka stwierdzał P. zawsze nieprawidłowe zachowanie się fal skurczowych w powyżej przytoczonej formie, i to tak przy równoczesnej obecności innych objawów rentgenologicznych nowotworu. jak i bez nich. Tak więc to nieprawidłowe zachowanie się ruchu robaczkowego żołądka ma wielkie znaczenie rozpoznawcze w kierunku zmian nowotworowych, zwłaszcza tam, gdzie przyroda zwężenia odźwiernika jest niejasna. Naturalnie objaw ten nie ma znaczenia bezwzględnego, ale zdarza się bardzo często i wybitnie przy nowotworze, co się tłómaczy warunkami anatomicznymi. Dr T. T.

Chirurgia.

Lenenberger: **O rozwoju nowotworów, spostrzeganym pod wpływem przemysłu farbierskiego.** (Beitr. z. kl. Chir. 80, II). Na podstawie obfitego materyału z kliniki bazylejskiej (przemysł farbierski kwitnie bardzo w Bazylei) podaje autor kilka cennych w tej sprawie uwag. Nowotwory powstają przeważnie w narządzie moczowopłciowym; przeszło połowa nowotworów pęcherza, leczonych w klinice bazylejskiej, dotyczyła robotników z fabryk aniliny. Do nowotworów tych usposabiają następujące ciała chemiczne: arszenik, parafina, nafta, ter, toluidyna, safranina, dionisidyna, czerwień kongo, benzopurpuryna i t. p. Oczywiście przyjąć trzeba także istnienie usposobienia do nowotworu u danego osobnika. Robotnicy fabryk farbierskich zapadają 3 razy częściej na nowotwory pęcherza, niż inni ludzie. A.

Bayer: **Miejscowe leczenie ciepłem zapomocą pary** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 45) B. podnosi zalety leczenia parą w porównaniu z suchem gorącem powietrzem. Zabieg przy leczeniu suchem powietrzem jest większy i łatwo wywołać można oparzenia. Przyrządy, podane przez B., dozwalają grzać także sam grzbiet, bark i biodro, co przy skrzyniach z gorącem powietrzem jest utrudnione. Nadto przyrządy Bayera można dokładnie zawsze oczyszczać. Chorzy przenoszą działanie pary nad suche gorące powietrze, bo po stosowaniu suchego powietrza często występuje bolesne pieczenie wskutek parowania potu, czego przy parze nie ma. Szczególnie cenne usługi oddaje para w następowem leczeniu urazów stawów, po złamaniach i zwichnięciach, po operacyach ropowic i t. d. Leczenie to daje się też znakomicie kombinować z przyrządami do medyko-mechanoterapii. Przyrządy Bayera są rozkładane; można też kontrolować leczoną część ciała bez wyjmowania jej z przyrządu. A.

Lieber: **Oparzenia i ich leczenie** (Beitr. z. klin. Chir. L. XXXI). W leczeniu oparzeń chodzi przedewszystkiem o szybkie niszczenie, względnie usuwanie trucizn, powstałych w tkankach przez działanie wysokiej ciepłoty, dalej o podniesienie czynności serca, zwiększenie wydzielania moczu, a dalej miejscowo o łagodzenie bólu i gojenie ran. Na zasadzie obszernej statystyki szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu wykazuje autor, że wyniki leczenia stopniowo poprawiły się znacznie i śmiertelność się zmniejszyła. Dawniej stosowano przeważnie jodoform, bizmut, olej lniany z wodą wapienną, kąpiele ciągłe, przeciw bólom morfinę, obecnie zaś zasypuje się rany anestezyną przeciw bólom, zaś na rany ze znakomitym skutkiem stosuje się proszek nowojodyny i opatrunek jałowy. Zaniechano kąpieli i wstrzykiwań morfiny, a akcyę serca z bardzo dobrym skutkiem podnoszą wlewania rozczynu soli kuchennej, które zarazem wzmagają wydzielanie moczu. Nowojodyna działa odkażająco, nie drażni, nie wywołuje zatruć, wpływa bardzo dobrze na ziarnkowanie i następowe tworzenie się blizn, które pozostają gładkie i podatne. Wlewania stosuje się trzy razy dnia po litrze i więcej. Jeżeli cała skóra jest oparzona, stosować można lewatywy z rozczynu soli (co godzinę 100—150 grm). Z innych uwag autora zasługują na wzmiankę następujące: Ciepłota ciała nizka nakazuje źle rokować. Gorączka występuje zwykle w pierwszych czterech dniach. Niebezpieczeństwo dla życia istnieje w ciężkich przypadkach do tygodnia. K.

Jaklin. **W sprawie zapobiegania zakażeniu w chirurgii.** (Wien. klin. Woch. 1912. Nr. 51). Autor jest stanowczym zwolennikiem oddzielenia chirurgii aseptycznej od septycznej celem uzyskania jak najlepszych wyników. Po przytoczeniu danych z literatury i swych spostrzeżeń praktycznych wysnuwa wnioski, że 1) zarazki w świecie zewnętrznym spotykane nie posiadają z reguły wielkiej żywotności i dlatego nie są dla ran niebezpieczne; 2) dopiero po przejściu przez ranę zakażoną lub ustrój zakażony zyskują zarazki na żywotności i są zdolne po przeniesieniu nawet małej ich ilości ranę zakazić; 3) tylko przez odpowiednie zapobieganie można ranę przed zakażeniem uchronić; zwykłe środki zapobiegawcze nie są wystarczające, ponieważ przenosicieli zarazków albo wcale wykluczyć nie można, albo tylko z wielką trudnością; 4) najradykalniejszym a zarazem najprostszym środkiem zapobiegającym zakażeniu jest zupełne unikanie chirurgii septycznej. W ten sposób udaje się pewnie uchronić wszystkie rany przed zakażeniem i osiągnąć zagojenie doraźne. Ju. W.

Higiena.

(Z posiedzeń sprawozdawczych lekarzy miejskich w Krakowie).

Dobrzyński: **O gospodarce samorządowej w sprawie mieszkań.** (Zdrowie Nr. 6. 1912). Sprawa odpowiednich niedrogich mieszkań jest obecnie przedmiotem rozpraw zarządu niemal wszystkich miast. Głód bowiem mieszkaniowy dotyka przeważną część mieszkańców, bo 80—90% tworzących właściwie klasę średnią i niezamożną. Średni czynsz za izbę jest u nas znacznie wyższy, niż gdzieindziej w Europie, a kres spekulacyi mieszkaniowej mogą położyć tylko rządy wydaniem ustawy, powstrzymującej spekulacye terenowe. Drożyzna mieszkań pociąga za sobą ciasnotę mieszkań i całe mnóstwo szkód pod względem higienicznym, estetycznym i etycznym.

W państwach zachodnich powstały osobne wydziały mieszkaniowe, jako nowa gałąź gospodarki miejskiej, otoczone wyjątkową opieką państw. Są to instytucye stałe, prowadzące statystykę mieszkań, usuwające wady mieszkań i domów. Nadto urząd ten zwraca uwagę na brak pewnego gatunku mieszkań i przedsiębierze środki zaradcze przez publiczny wykaz mieszkań w ogóle, oraz mieszkań wolnych, przez działalność gmin na polu budowy domów. Podwalinę działalności tego urzędu stanowi dział statystyczny, oświetlający stosunek chorobowości i śmiertelności do mieszkań, domów, dzielnic, więc regestracya domow, dalej wykazy peryodyczne, podające liczbę pokojów, pięter, cen mieszkań i stosunek mieszkań wolnych do ogólnej liczby wszystkich, co pozwala na wnioski o rynku mieszkań. W miastach niemieckich mieszkania podlegają obywatelskiemu nadzorowi, t. z. inspekcyi mieszkaniowej, której celem niedopuszczać do budowy, lub usuwać mieszkania szkodliwe zdrowiu lub obyczajności. Urząd to honorowy, a inspekcyę tę przeprowadzają obywatele sami, podlegający wydziałowi miejskiemu, wskazówkom inżyniera i lekarza. Nadto sami właściciele domów obowiązani są dostarczać wydziałowi miejskiemu danych, dotyczących mieszkań, a gdy wykażą, że liczba osób na jedną izbę przenosi 3, już deleguje się inspekcyę obywatelską. Dalszym zakresem działania wydziału mieszkaniowego byłyby starania o budowę mieszkań, domów i dzielnic, z uwzględnieniem mieszkań dla robotników, według doświadczenia nabytego już na zachodzie, a więc domku z ogrodem dla jednej rodziny, z zabezpieczeniem przeciw samowolnemu wypowiedzeniu mieszkania lub podwyższeniu ceny najmu. W sprawie tej najważniejszą rzeczą jest zawsze sprawa kapitału, co możnaby rozwiązać przez założenie miej-

skiego banku hipotecznego i rozumną politykę gruntową. Tu należy zakupno rozległych terenów otaczających miasto, co obniżyłoby ceny gruntów w ogóle, dostarczenie tym terenom dostatecznej komunikacyi tramwajowej, ujednostajnienie czasu pracy w szkołach, urzędach i t. p.

Dr Gólski

Bujwid: **Badanie samooczyszczających własności wody rzeki Wisły — na przestrzeni 209 kilometrów poniżej Krakowa.** (Zdrowie Nr 6. 1912). Autor zajmował się kilkakrotnie badaniem wody Wisły na różnych przestrzeniach. Obecnie przeprowadził badania w czerwcu (7—10 w 1911 r.), przy normalnym stanie wody, na przestrzeni 209 kilometrów, od Krakowa po Zawichost, biorąc próbki wody co 5 kilometrów i zasiewając nią zaraz na statku żelatynę Kocha. Po 2—3 dniach liczono kolonie. Do badań wód bieżących nadają się najlepiej miesiące normalnego stanu rzeki, a więc nie po gwałtownych przypływach, które zanieczyszczają rzekę ilością dopływów z powierzchni gruntu. Na płytkach otrzymuje się wtedy właściwe bakterye tlenowe, saprofity wodne, przeważnie nie rozpuszczające żelatyny. Obecność bakteryi fluoryzujących wskazuje na znaczne zanieczyszczenie wody, jak to stwierdzono pod Krakowem i w porcie w Sandomierzu. Z nieorganicznych substancyi znajdują się w wodzie zawieszone drobne cząstki mułu, gliny, tudzież resztki roślinne, które osiadając porywają ze sobą znaczną ilość bakteryi tak, że po pewnym czasie we Wiśle 30—50 kilometrów od Krakowa ilość bakteryi wraca do średniego poziomu, to jest do 200—300 bakteryi w 1 cm^3, a tem samem woda rzeki znacznie się oczyszcza. Do tego dołącza się jeszcze działanie pierwiastków, pochłaniających sporo chorobotwórczych i gnilnych bakteryi. Pewna część bakteryi ginie nadto pod wpływem powietrza i działania światła, szczególnie promieni pozafioletowych. Natomiast dopływy wód z powierzchni gruntu, ścieków, kanałów, sprawiają znaczne zanieczyszczenie bakteryami. Wyniki badań okazują, że ilość bakteryi w 1 cm^3 wynosi pod Krakowem 2.400, a zależy od dopływu zanieczyszczonej ściekami Rudawy i kanałów miejskich. Poniżej Krakowa, począwszy od 30 już kilometrów, zaczyna wyraźnie spadać ilość bakteryi, poczem znowu w porcie w Sandomierzu wzrasta ogromnie, do 38.000, natomiast w porcie w Nadbrzeziu po austryackiej stronie wynosi tylko 640. Port ten oczyszcza bowiem prąd przepływającej rzeczki. Dopływy: Raba, Dunajec, Wisłoka mają charakter wód górskich, czystych, z ilością bakteryi około 210. Bakteryi chorobotwórczych i gnilnych nie znaleziono w Wiśle, z wyjątkiem pod Krakowem i pod Sandomierzem, gdzie stwierdzono bakterye fluoryzujące.

Dr Gólski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4. XII. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 52.

1) Z powodu nadchodzącego 25-lecia »Nowin lekarskich« obrano ich redaktora, Dr Stanisława Łazarewicza z Poznania, jednomyślnie członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Prof Kostanecki, prof. Browicz i prof. Rutkowski przedstawili okazy **torbielowato zmienionych wyrostków robaczkowych.**

W dyskusyi przemawiali prof Rosner, prof. Browicz i doc. Radliński.

3) Dr Zanietowski przedstawił **przyrządy zbudowane według własnej metody** oraz według postulatów międzynarodowej komisyi Zjazdów elektrologii, która tę metodę poleciła stosować w miejsce dawniejszych, a niedokładnych. Pierwszy z tych przyrządów, skonstruowany według planów prelegenta przez firmę Reinigera, służy do celów elektrodyagnostycznych i składa się z przyjętych przez komisyę zbiorników elektryczności (0·01, 0,1, 1,10 mtr.), oporów (1000 i 2000 ohmów), elektrod (1 cm^2 i 100 cm^2), również konwencyonalnie przyjętych, oraz voltmetru, reduktora, przerywacza i komutatora. Przez klucz podwójny rozładowuje się kolejno zapomocą czynnej elektrody dodatniej lub ujemnej zbiornik o krótkiej fali i o długiej fali rozładowań, a wartości odczytane na voltmetrze, odpowiadające w tym przyrządzie wprost odnośnym ilościom elektryczności, przedstawiających ściśle określoną energię, notuje się albo w protokole klinicznym, albo na graficznym przyrządzie pomysłu prelegenta, zwanym »ekscytometrem« w przeciwieństwie do przyrządu głównego, zwanego »ekscytatorem«. Linie skośne, nakreślone na tym przyrządzie dla pewnej grupy nerwów prawidłowych (np. twarzowego, łokciowego i piszczelowego), stoją do siebie w pewnym stałym stosunku nachylenia, zwanym współczynnikiem goniometrycznym. Z poza tych ram wybiegają linie nerwów jedno- lub obustronnie nieprawidłowych, a to symetrycznie ku górze w razie zmniejszonej pobudliwości (np. w porażeniach obwodowych) lub ku dołowi (np. w tężyczce); asymetrycznie się zachowują podczas zwyrodnienia, a to w ten sposób, że koniec prawy linii, odpowiadający t. zw. »współczynnikowi natężenia« coraz bardziej obniża się ku dołowi, podczas gdy koniec lewy, odpowiadający t. zw. »współczynnikowi ilości elektr.« małym ulega zmianom, przez co sama linia może przebiegać prawie poziomo. Ten ostatni współczynnik zmniejsza się znacznie przy porażeniach rdzeniowych, mniej przy jądrowych, a prawie nic przy piramidalnych. — Dyssymetryczne przesunięcie linii obserwować można również przy cierpieniach nerwu wzrokowego, w syryngomyelii i przy dyssocyacyi wrażliwości na ból i dotyk. Wreszcie zauważyć się dają w powyższych przypadkach zmiany wartości energii optymalnej, odpowiadającej iloczynowi wspomnianych współczynników, a wśród zmian oporu i pojemności tkanek, wybitnych np. w chorobie Basedowa, sklerodermii i t. d., przesunięcie się samego optimum, odpowiadającego znowu ilorazowi tychże współczynników. Te ostatnie zmiany wskazują zwykle także na równorzędne zmiany przewodnictwa, wybitne np. w neurastenii lub wiądzie rdzenia. — Drugi z przyrządów, wykonany również według pomysłu prelegenta przez firmę »Veifa«, pozwala, prócz powyższych szczegółów, zastosować do celów leczniczych przy pomocy motoru i odpowiedniego transformatora rotacyjnego, rozładowania fal krótkich lub długich, odpowiadających faradycznym prądom »napięciowym«, działającym na czucie lub »ilościowym« działającym na narząd ruchowy, oraz przerw rzadkich, działających na przerost, i przerw szybkich, mogących spowodować nawet zanik. Również można otrzymać z tego przyrządu prąd stały, działający katalitycznie i elektrotonicznie, lecz wolny od t. zw. »spięcia ziemi«, prąd przerywany jedno- lub obustronny (undulacyjny i sinusoidalny), wybitnie działający na narząd krwionośny, i prąd szybko przemienny o nizkiem napięciu, znany pod nazwą prądu »elektronarkotycznego« w nowoczesnej elektromedycynie.

4) Dr Schlank: **O wyciągach z przysadki mózgowej.** (Rzecz, przeznaczona do druku).

Posiedzenie z d. 11. XII. 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 50.

1) Prof. Dr Gliński przedstawił i omówił okaz makroskopowy i preparaty mikroskopowe z przypadku **potrójnego nowotworu w macicy.** Macicę tę wraz z częściami dodatkowemi operacyjnie usunięto u 48-letniej kobiety z powodu dochodzących znacznych rozmiarów włókniako-mięśniaków. Po rozcięciu macicy znaleziono prócz tego w szyjce macicznej guz kalafiorowaty wielkości orzecha włoskiego o budowie mikroskopowej raka gruczołowatego (adeno-carcinoma). Przy badaniu mikroskopowem wycin-

ków z włókniako-mięśniaków stwierdzono obok właściwego im utkania także miejscami utkanie już czysto-komórkowe o cechach, przemawiających za rozpoczynającem się mięsakowaceniem.

2) Dr Z. Wachtel (junior): **O stosowaniu benzolu w białaczce** (patrz »Przegląd lek. «1912 Nr 52). W dyskusyi zabrał głos Dr Bujak.

3) Dr Rosenhauch przedstawił przypadek **gruźlicy oka,** powstały **na tle urazu** u osobnika gruźliczego.

4) Dr Zubrzycki przedstawił ciężarną w 4. miesiącu, u której znajduje się **szpilka od włosów w macicy**. Szpilka ta służyła chorej do odprowadzania wypadającej pochwy i macicy.

W dyskusyi Dr Wojciechowski interpelował w sprawie leczenia danego przypadku.

5) Dr Nowaczyński: **O ciałkach przytarczycznych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarka doroczna: Dr A. Markowa.

Posiedzenia naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 22. XI. 1912.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 30.

1) Przewodniczący powitał gościa, prof. Ciechanowskiego, redaktora »Przeglądu lekarskiego«.

2) Zebrani przyjęli regulamin, ułożony przez Komitet.

3) Dr Markowa wygłosiła referat: **O przysadce mózgowej.** (ogłoszony w »Przeglądzie lek.« 1912).

W dyskusyi przemawiali: prof. Dobrowolski, Dr Glatzel, prof. Rutkowski i prelegentka.

4) Dr Blay przedstawia a) (preparat uzyskany drogą operacyjną) powiększoną **macicę z zaśniadem groniastym** w jej jamie; preparat ten jest z tego względu bardzo ciekawy, że mimo, iż sam zaśniad nie okazywał przemiany nowotworowej, to przerzut w pochwie miał utkanie nabłoniaka kosmówkowego złośliwego; b) preparat **nabłoniaka kosmówkowego** złośliwego w jamie macicy bez związku z zaśniadem groniastym; c) **włókniak** wielkości dużej pięści, wyłuszczony z szyjki **połogowej macicy**; prelegent omawia znaczenie włókniaków w ciąży, porodzie i połogu.

5) Dr Glatzel przedstawia przypadek **urazowego wrzodu goleni, leczony sposobem Pfannenstiela**. Chora dostaje NaJ wewnętrznie. Bezpośrednio na ranę zostaje, zapomocą knotów bawełnianych w płaszczu gumowym, stale doprowadzany perhydrol z kwasem octowym. Na powierzchni rannej zachodzi pomiędzy NaJ, wydzielanym z surowicą, a doprowadzonym perhydrolem odczyn, rozszczepiający NaJ i dający w rezultacie J »in statu nascendi«. Jod taki, jako bardzo silny środek odkażający, nader szybko ranę ożywia, oczyszcza ją, zmusza do bujnego ziarnkowania, a w końcu do pokrycia naskórkiem. W danym przypadku głębokie owrzodzenie o dość niezwyczajnych cechach trwa od miesiąca. Było silnie zanieczyszczone i mało miało skłonności do gojenia się. Zastosowany sposób leczenia Pfannenstiela (NaJ 3 pro die i 3% perhydrol) w 4 dniach ranę zupełnie oczyścił. Obecnie w 10. dniu leczenia dno zrównane z powierzchnią skóry, a od brzegów żywo nasuwa się naskórek.

W dyskusyi przemawiali prym. Dr Borzęcki i prym. prof. Rutkowski.

6) Dr Rychliński omawia cztery przypadki **wyłączenia odźwiernika z powodu wrzodu** tegoż względnie dwunastnicy, operowane przez prof. Rutkowskiego sposobem Wilmsa, z których dwa przedstawia; następnie w krótkich słowach porusza metody operacyjne wyłączenia odźwiernika, podane przez Eiselsberga, Biera, Bogolubowa, Girarda, Wilmsa.

W dyskusyi metody te omawia prof. Rutkowski.

7) Dr Rec przedstawia: a) Cztery przypadki **skręcenia pętli esowatej** (wiek chorych od 40—70 lat), operowane na oddziale chirurgicznym z wynikiem dodatnim, z których jeden już po raz drugi uległ temu samemu cierpieniu. Ze względu na bardzo lichy stan chorych operacya polegała tylko na otwarciu jamy brzusznej, odkręceniu pętli jelitowej i wprowadzeniu rurki przez otwór stolcowy aż do esicy. Prof. Rutkowski jest zwolennikiem, o ile chodzi o radykalne usunięcie przyczyny tego cierpienia, a są po temu warunki, wyłącznie tylko resekcyi esicy, natomiast na enteropeksye zapatruje się, jak wielu innych chirurgów, dosyć sceptycznie.

b) Następnie przedstawia R. preparat do olbrzymich rozmiarów rozszerzonego i przerosłego jelita grubego (**megacolon** — morbus Hirschsprungi), które pozostaje często w związku ze skręceniem esicy. W tym przypadku było to cierpienie przewlekłe u dziecka 10-letniego, operowanego przed paru laty przez prof. Rutkowskiego.

Sekretarze: Kosiński. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26. XI. 1912.

K. Chełchowski: **Choroby zakaźne i śmiertelność w Zakopanem.** Usiłowania Chałubińskiego stworzenia z Zakopanego uzdrowiska ściągały tu kilkakrotnie (np. w r. 1868, 1872—6) w większej liczbie publiczność, która jednak wkrótce się zraziła. Z okresów tych pochodzą wzmianki o zakładzie kąpielowym w Jaszczurówce, o zakładzie hydropatycznym Gonczarskiego w Kuźnicach. Sprawozdania ze szpitala w Zakopanem, księgi ambulatoryjne tego szpitala, księgi parafialne, prace ogłaszane o Zakopanem, zawiadomienia lekarskie o śmierciach i chorobach zakaźnych, nagromadzone w Klimatyce, pozwalają poniekąd odtworzyć historyę chorób zakaźnych w Zakopanem. Od r. 1848 przez Zakopane przeszły 3 ciężkie epidemie, to znaczy takie, że liczba śmierci w odpowiednich latach przewyższyła znacznie liczbę urodzeń. Najcięższa z nich w r. 1848 była to epidemia duru, zapewne osutkowego, na tle wielkiej epidemii duru głodowego w całej Galicyi po rzezi galicyjskiej. Następną i z kolei i pod względem złośliwości była epidemia czerwonki w r. 1855. Trzecia wreszcie, słabsza od tamtych, epidemia cholery w r. 1873. Od r. 1873, właśnie może od czasu większych zjazdów do Zakopanego i połączonego z nimi pewnego uporządkowania mieszkań, takich ciężkich epidemii już nie było. Czerwonka dawała jeszcze słabsze epidemie w r. 1862, 1874 i 1878. Odtąd niemal wygasła, aczkolwiek w Galicyi, w Krakowie, a często nawet i w powiecie Nowotarskim panuje endemicznie i daje częste nasilenia, które jednak do Zakopanego już nie docierają. Widocznie dość było ludności w Zakopanem otrząsnąć się z grubsza z niechlujstwa, a już miejscowe warunki klimatyczne objawiły w pełni swój wpływ hamujący na czerwonkę. Ospę Zakopane miewało kilkakrotnie, w r. 1861, 1871 (na tle pandemii ospy po wojnie francusko-pruskiej), w 1880 (przed ogólnem nasileniem ospy w Galicyi) i w 1895. W ostatnich 12 latach nie bywa jej wcale. Epidemie płonicy w Zakopanem są rzadsze i słabsze, niż w całej Galicyi, szerzą się słabo, zato trwają dłużej, zwykle 2 lata i pozostawiają po sobie sporadyczne przypadki. Epidemie te powtarzały się tu w r. 1876 i 1877, 1898 i 1899, 1905 i 1906. Od tej ostatniej epidemii płonica w Zakopanem wegetuje jakby endemicznie. Stłumienie epidemii płonicy, n. p. w roku bieżącym w Poroninie, udaje się względnie łatwo. Z odry większą liczbę śmierci można odnaleźć tylko w r. 1907. Błonica dała tu jedną jedyną epidemię w r. 1870. Natomiast zawiadomienia o sporadycznych zachorowaniach na nią powtarzają się corocznie, a śmierci (jedna do kilku) z małymi wyjątkami niemal corocznie. W tym samym czasie w Galicyi, a nawet i w powiecie Nowotarskim, najmniej z całej Galicyi dotkniętym chorobami zakaźnemi

błonica dosięgała znacznego natężenia. Krztusiec, rozwielmożniony bardzo w Galicyi, w Zakopanem dał wyraźną epidemię w 1849 r. i występował wyraźnie między 1895 a 1900 r., odtąd zniknął, mimo, że wyjazd w góry i wśród publiczności, i wśród lekarzy, uchodzi za najlepsze nań lekarstwo. Cholera poza epidemią w 1873 r. zabrała jeszcze w 1849 r. kilka ofiar. W Kościeliskach nigdy jej nie było. Cały szereg jej epidemii nie dotarł do Zakopanego. Co do duru brzusznego, to już cały powiat Nowotarski wyróżnia się w Galicyi małą śmiertelnością z tej choroby. W Zakopanem bardzo nieliczne doniesienia o zachorowaniach na dur brzuszny powtarzają się corocznie, a śmierci rzadko się wydarzają. Wyraźnej epidemii nie było tu wcale. Duru osutkowego lekarze miejscowi nie widzieli wcale. Zdaje się jednak, że i w epidemii 1848 i 1873 r. chodziło o dur wysypkowy. Gorączki powrotnej nie widywano tu wcale. Róża i zimnica stanowią osobliwość w Zakopanem. Choroby przyranne nie mają tu także warunków do rozwoju. Zaznaczono tu szybkie gojenie się ran, pomyślne wyniki zachowawczego leczenia zmiażdżeń i złamań powikłanych, małą śmiertelność po operacyach. Jaglicy miejscowej nie bywa tu jakoby wcale, a nabyta w wojsku lub na zarobkach znika szybko po powrocie do Zakopanego. Ostry nieżyt żołądka i jelit u dzieci bez porównania jest słabszy w Zakopanem, rzadszy, mniej ofiar zabiera i w późniejszej porze roku się zjawia, niż na równinach. Co do gruźlicy, to już cały powiat Nowotarski zajmuje jedno z najlepszych miejsc między powiatami Galicyi za cały szereg lat. Według Ponikły, śmiertelność z gruźlicy w parafii Poronińskiej była 5 razy mniejsza, niż w powiecie Krakowskim, a 7 razy mniejsza, niż w Krakowie. To samo wynika z materyału, którym prelegent rozporządzał co do Zakopanego. Krzywicy w Zakopanem nie bywa niemal wcale. Natomiast dość często zdarzają się tu, choć nie tak często, jak w całym powiecie Nowotarskim, wole i matołectwo (kretynizm) oraz głuchoniemota.

I u zwierząt domowych, jak to wynika z danych, dostarczonych przez weterynarza miejscowego i z rozpytywania górali, choroby zakaźne zdarzają się tu i rzadko i słabe.

Z tego wszystkiego widać, że Zakopane nie wyłącza bezwzględnie bodaj że żadnej choroby zakaźnej, że jednak choroby te ulegają tu wybitnemu zahamowaniu, że zwłaszcza od czasu kulturalnego podniesienia Zakopanego nie dają one silnych epidemii, trudno się szerzą, często n. p. nie przechodzą do Kościelisk, zjawiają się rzadziej, słabsze i z opóźnieniem, natomiast często zaciągają się na lat parę, a nieraz dają i później jeszcze sporadyczne przypadki, że wreszcie epidemie dochodzą tu i z Galicyi i z Węgier. Czystość i suchość powietrza, silna insolacya, wielka ilość ozonu, trudniejsze gnicie, mniejsza ilość owadów, rzadsze zaludnienie — zapewne grają tu główną rolę. Pewne bezpieczeństwo od duru brzusznego i gruźlicy dzieli Zakopane z całym powiatem Nowotarskim. Z wielu wzmianek możnaby przypuszczać, że i sąsiednie powiaty górskie tworzą z Nowotarskim jedną grupę o wspólnych cechach nozologicznych.

Te wyjątkowo pomyślne warunki higieniczne zginą jednak z chwilą, gdy Zakopane zamieni się w brudne miasteczko galicyjskie, czego można się już obawiać ze względu na pospieszne zabudowywanie Równi Krupowej, zamierzone ustanowienie targów na bydło, brak planu regulacyjnego, brak kanalizacyi ogólnej przy coraz liczniejszych kanalizacyach dzikich, jednodomowych, z niczem się nie liczących. Prelegent wnosi przeto, aby Towarzystwo lekarskie warszawskie zwróciło się do galicyjskiego Wydziału krajowego z prośbą o spieszne a głębsze wniknięcie w konieczności sanitarne Zakopanego, póki jeszcze nie zatraciło ono swego charakteru uzdrowiska.

Dane o ludności Zakopanego z r. 1848 i 3 ostatnich spisów jednodniowych wykazują w niem powolniejszy wzrost ludności, niż domów, silną emigracyę ludności miejscowej (71% przyrostu naturalnego), a wielki napływ ludności zamiejscowej. Odsetka urodzeń, już w całym powiecie Nowotarskim bardzo nizka (34—38‰ przy 42—45,5‰ w Galicyi), w Zakopanem waha się między 32 a 37‰. Druga cecha również wspólna i dla Zakopanego i dla powiatu Nowotarskiego, to wielka liczba nieżywo urodzonych (w Galicyi około 2,5%, w pow. Nowotarskim około 4%, w Zakopanem około 6% urodzeń). Śmiertelność i w pow. Nowotarskim i w mieście N. Targu uchodzi za bardzo nizką (24 do 30‰) w porównaniu z całą Galicyą (30—40‰ w tym samym okresie). W Zakopanem jest ona jeszcze niższą (17—29‰), a przytem z biegiem czasu obniża się, pomimo obciążenia jej śmierciami coraz liczniej przyjeżdżających suchotników. Po odtrąceniu tych śmierci, o ile możnaby ufać miejscowym obliczeniom, śmiertelność Zakopanego w ostatniem 10-leciu wynosiłaby: 10,36 do 17,43‰. Okres czasu 1870—1880 pierwsze szersze zetknięcie z cywilizacyą, odbił się niekorzystnie na stosunkach ludnościowych Zakopanego. Mimo małej liczby urodzeń pierwszy rok życia daje tu znaczną śmiertelność. Zato od 2. do 15. roku życia śmiertelność jest znacznie niższa, a w późnej starości (po 70. roku życia) znacznie wyższa, niż w całej Galicyi. Liczba stuletnich wydaje się tu wyjątkowo wysoką (1 śmierć w wieku 100 lat na 150 śmierci), 10 razy wyższą, niż w Krakowie, a wogóle jedną z najwyższych w Europie. Zgadzałyby się z tem i spostrzeżenia Ponikły i Janiszewskiego, podkreślających późne występowanie objawów starości u górali. Rzecz ta wymaga krytycznego sprawdzenia i zasługuje na nie. Najmniejszą śmiertelność i wśród ludności miejscowej i obcej ze wszystkich miesięcy daje listopad. Spostrzeżenia metereologiczne stwierdzają, że miesiąc ten co do liczby dni pogodnych i słonecznych należy zaliczyć do lepszych. Podobieństwo stosunków ludnościowych w Zakopanem i całym pow. Nowotarskim zasługuje na bliższe rozpatrzenie i na porównanie z sąsiednimi powiatami górskimi, galicyjskimi i węgierskimi.

Po krótkiej dyskusyi postanowiono przesłać pracę Chełchowskiego protomedykowi Galicyi, z prośbą o uwzględnienie wyrażonych w niej dezyderatów.

W dyskusyi A. Sokołowski zapytuje prelegenta, dlaczego w swej pracy nie wspomniał wcale o grypie. Wszak niepodobna, aby wielka epidemia tej choroby, panująca w r. 1889 w całej Europie, nie odbiła się swem echem i w Zakopanem. Również i późniejsze epidemie stanowczo zjawiały się w Zakopanem, o czem dobrze wiadomo Sokołowskiemu. Co się tyczy małego względnie, a nawet w ostatnich latach stopniowo zmniejszającego się procentu śmiertelności z suchot płucnych w Zakopanem, to w ocenie tego faktu i stawianiu go w związku tylko z dobrymi warunkami klimatyczno-topograficznymi Zakopanego należy być bardzo ostrożnym; dokładne bowiem statystyki szwajcarskie wykazały, że śmiertelność z suchot w górach jest mniejsza, niż na równinach, stoi jednak w ścisłym związku nie ze wzniesieniem nad poziom morza, lecz z małem zaludnieniem, a przedewszystkiem z brakiem fabryk, wytwarzających wysoce niekorzystne warunki, usposabiające do suchot. Fakt zmniejszenia się procentu śmiertelności, S. zgodnie z prelegentem prędzej stawiałby w zależności od poprawy warunków higienicznych i zwiększenia dobrobytu mieszkańców pod wpływem rozwijającej się stacyi klimatycznej. Jednakże wraz z powiększaniem się ludności napływowej zarząd uzdrowiska powinien wysoce dbać o poprawę warunków, dotychczas wiele pozostawiających do życzenia. Pod tym względem S. sądzi, że będzie odpowiedniem, jeśli Towarzystwo lekarskie warszawskie prześle pracę prelegenta protomedykowi Galicyi, którego obowiązkiem jest wnikanie w warunki sanitarne miejsc klimatycznych, aby wskutek ich zaniedbania piękna ta nasza stacya klimatyczna nie uległa stopniowemu upadkowi. Wreszcie fakt małej stosunkowo śmiertelności z suchot w Zakopanem w porównaniu z całą Galicyą (co oczywiście

nie należy jeszcze utożsamiać z zapadaniem na tę chorobę, gdyż danych ścisłych prelegent nie mógł przytoczyć) powinien być jednym z argumentów, przemawiających przeciw twierdzeniu, jakie się słyszy w ostatnich czasach, jakoby pobyt w Zakopanem ze względu na dużą liczbę suchotników był nieodpowiedni dla niegruźliczych lub usposobionych do gruźlicy chorych. Co się tyczy statystyki długowieczności mieszkańców Zakopanego, to te ogólnikowe twierdzenia powinny być poparte ścisłymi dokumentami.

Trzciński zwraca uwagę na małą odsetkę urodzeń przy względnie dużej liczbie płodów martwych; nasuwałoby to przypuszczenie, że w Zakopanem grasuje przymiot. Co do szybkiego gojenia się ran, to fakt ten spostrzegano wogóle w miejscowościach mało zaludnionych z czystem powietrzem. T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

85. Ogólne Zebranie dnia 18. V. 1912 r.

Obecnych 18 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Kol. Raszkes pokazuje i omawia: 1) przypadek **kamienia pęcherzowego** wielkości pomarańczy, operowany u kobiety; 2) chorą po operacyi i preparat **złośliwego gruczolaka macicy;** 3) chorą po operacyi i preparat **raka szyjki macicy.**

2) Kol. Przewodniczący odczytuje korespondencyę: Program Zjazdu higienicznego we Włocławku w m. b. i program Zjazdu higienicznego we Lwowie we wrześniu 1913. Okazuje się, że na Zjazd Włocławski jadą koledzy Pełczyński i Szczepaniak, na delegatów zaś na Zjazd do Lwowa wybrani zostali koledzy: Szczepaniak, Kossak i Fidler.

3) W myśl odezwy egzekutorów testamentu ś. p. hr. Adeli Ożarowskiej przystąpiono do wyborów kandydatów na lekarza naczelnego Szpitala dziecinnego imienia Hr. Ożarowskich w Radomiu. W tym celu kol. Przewodniczący odczytuje list kol. Mieczysława Michałowicza z Petersburga, w którym kol. Michałowicz dziękuje za zrobioną mu propozycyę złożenia oferty na lekarza naczelnego Szpitala dla dzieci, gdyż zamierza jeszcze jakiś czas pracować naukowo. Następnie kol. Przewodniczący odczytuje dokumenty, przedstawione przez kol. Henryka Trenknera z Łodzi, oraz ocenę jego prac. Kol. Pełczyński odczytuje dokumenty oraz ocenę prac, przedstawionych przez kol. Andrzeja Krysińskiego. Wreszcie kol. Sekretarz odczytuje podanie i curriculum vitae, przedstawione przez kol. Stanisława Kelles-Krauza.

Po głosowaniu, zarządzonem przez kol. Przewodniczącego, okazało się, że kol. Henryk Trenkner został wybrany wszystkimi głosami kandydatem na lekarza naczelnego szpitala dla dzieci, kol. Andrzej Krysiński otrzymał głosów jedenaście na szesnastu (16) głosujących, kol. zaś Stanisław Kelles-Krauz otrzymał głos jeden.

Postanowiono zawiadomić o wyniku głosowania wszystkich zainteresowanych kolegów, oraz egzekutorów testamentu ś. p. hr. Ożarowskiej z tem, że Towarzystwo lek. Radomskie ze swej strony jako pierwszego kandydata na lekarza naczelnego przedstawia kol. Henryka Trenknera z Łodzi, jako zaś kandydata drugiego kol. Andrzeja Krysińskiego z Warszawy, przyczem postanowiono przedstawić egzekutorom testamentu odpowiednie dokumenty i odbitki prac, wreszcie zawiadomić ich, że do grona wyborczego celem ostatecznego wyboru lekarza naczelnego wybrało Towarzystwo lek. Radomskie kol. Fidlera i kol. Kossaka.

86. Ogólne Zebranie dnia 22. VI. 1912.

Z powodu niedostatecznej liczby członków (7) nie odbyło się.

87. Ogólne Zebranie dnia 28. IX. 1912.

Obecnych 16 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Kol. Fidler powitał kol. Annę Mulierównę, studentkę medycyny, poczem przystąpił do odczytania swej pracy: **Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusów i duru brzusznego.** Dyskusyi nie było.

2) Kol. Pełczyński nie czytał swej pracy o ustawie fabrycznej, lecz zabrał głos w sprawie **epidemii płonicy**, szerzącej się obecnie w mieście, poczem kol. Przewodniczący otworzył w tej sprawie dyskusyę.

Kol. Przychodzki zaznacza, że umieszczanie w hotelu krewnych chorego niema celu, gdyż komunikują się ciągle między sobą. Należy utworzyć dom izolacyjny kosztem miasta, gdzieby można było umieszczać chorych. — Kol. Ksawera Mulierowna zaznacza, że lekarz ordynujący nigdy nie może kontrolować, czy izolacya jest przestrzegana. Jedynie może to robić lekarz szkolny. — Kol. Fidler jest tego zdania, że jest to obowiązek lekarza sanitarnego, który powinien zawiadomić lekarza szkolnego. Dom izolacyjny utworzyć jest rzeczą niemożliwą. Najlepiej jest izolować chorego, ale jest to możliwe tylko przy istnieniu porządnych szpitali. Lekarza szkolnego tak samo publiczność nie będzie słuchać, jak i lekarza ordynującego. Publiczność sama powinna rozumieć przepisy. Dopóki nie będziemy posiadać dobrych szpitali, wszelkie nasze postanowienia są bezowocne. — Kol. Szczepaniak: Zawiadomienie lekarza sanitarnego nie wiele pomoże, gdyż zwykle zawiadamiają go zapóźno, a więc i lekarz szkolny otrzyma jeszcze późniejsze zawiadomienie. Lepiej wprost zawiadamiać szkołę. W Radomiu w razie potrzeby odkażania istnieje dla biednych izolacya przy baraku szpitalnym. — Kol. Przychodzki podnosi, że można podczas epidemii wynająć dom, gdzieby można było umieszczać chorych. — Kol. Przyłęcki wyraża zdanie, że trzeba ustawy, którąby zmuszała do izolowania chorych; dotąd takiego prawa nie posiadamy. — Kol. Fidler zaznacza, że Towarzystwo lek. powinno się zająć utworzeniem szpitala dla chorych zakaźnych. Tymczasem trzeba o ile możliwe wcześniej zawiadamiać lekarza sanitarnego i lekarza szkolnego, lub zarząd szkoły. — Kol. Raszkes proponuje• wobec braku prawa o odosobnianiu chorego w szpitalu odmawiać leczenia w domu chorych, jeżeli nie można zachować izolacyi. — Kol. Szczepaniak zwraca uwagę, że lekarzowi nie wolno odmawiać leczenia chorego. — Kol. Pełczyński. Nie należy całej sprawy izolacyi nakładać na jednego lekarza sanitarnego, lepiej, iżby się tem zajmowało kilku lekarzy. Kartki trzeba przesyłać nie do magistratu, lecz do lekarza szkolnego. Tylko lekarz szkolny może dbać o ochronę zdrowych uczniów. — Kol. Przychodzki zapytuje, czy lekarze szkolni odwiedzają dzieci w razie, jeżeli one przez dłuższy czas nie przychodzą do szkoły. — Kol. Pełczyński: Odwiedzanie dzieci, nie przychodzących do szkoły, jest obowiązkiem gospodarzy klasy, a nie lekarzy. — Kol. Cung wyraża zdanie, że tylko lekarz ordynujący może wiedzieć, kiedy chory uczeń może już iść do szkoły.

Poczem przyjęto następujące wnioski: 1) aby członkowie Towarzystwa o każdym przypadku choroby zakaźnej niezwłocznie zawiadamiali lekarza sanitarnego; 2) że członkowie Towarzystwa obowiązani są o każdym przypadku zachorowania na chorobę zakaźną niezwłocznie zawiadamiać nietylko lekarza sanitarnego, ale i odpowiednich lekarzy szkolnych: Kol. Kossaka, Chojkę, Kelles-Krauza, Mulierównę i Pełczyńskiego, celem jak najszybszego zastosowania sposobów, dążących do ochrony młodzieży przed chorobami zakaźnemi. Uchwałę tę postanowiono rozesłać do wszystkich kolegów, praktykujących w Radomiu.

88. Ogólne Zebranie dnia 26. X. 1912.

Obecnych 11 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Rozpatrzono sprawę **uregulowania sprzedaży środków trujących** i zredagowano w tym celu następującą odezwę do aptekarzy i składników: »Wobec powtarzających się w ostatnich czasach zamachów samobójczych przy pomocy kwasu karbolowego Towarzystwo lekarskie Radomskie na 88. Ogólnem Zebraniu członków dnia 26. października b. r. w celu utrudnienia otrzymania powyższego środka uchwaliło prosić wszystkich PP. właścicieli aptek i składów aptecznych w Ziemi Radomskiej, by nie wydawali preparatów trujących (karbol, sublimat i t. p.), chociażby do sprzedaży odręcznej dozwolonych, jak tylko za przepisem lekarskim«.

2) Zatwierdzono projekt Organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi Radomskiej.

89. Ogólne Zebranie dnia 23. XI. 1912

Obecnych 13 członków i 1 gość. Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. H. Fidler.

1) Kol. Raszkes: **Zastosowanie promieni Roentgena w praktyce lekarskiej.**

Prelegent przedstawił historyę odkrycia promieni Roentgena i opisał ich własności, wskutek czego znalazły tak szerokie zastosowanie w medycynie. Następnie opisał szczegółowo budowę 3 typów przyrządów Roentgena: induktorów z przerywaczami, bez przerywacza i tak zwany »Blitzapparat«. Po szczegółowem rozpatrzeniu rurki Roentgena, jako też promieni, przez nią wydawanych, sposobów mierzenia, oraz dawkowania, przeszedł prelegent do rozpatrzenia, jakie zastosowanie mają promienie Roentgena dla dyagnostyki w medycynie wewnętrznej i chirurgii, dla terapii w chorobach skórnych i kobiecych.

Członek Zarządu sekretarz Dr T. Rakowski.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Od 20—23 grudnia 1912 r. toczyły się w Krakowie w sali nowozbudowanej kliniki chorób nerwowych i umysłowych obrady II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Zjazd ten, znakomicie zorganizowany przez komitet, w skład którego weszli Prof. Dr Piltz (Kraków), Prof. Dr Heinrich (Kraków), Dr Rydel (Kraków), Dr Borowiecki (Kraków), Dr Rogalski (Kraków), utrzymywał się na wysokim poziomie naukowym, jak to zaznaczył w jednem ze swych przemówień Dr Radziwiłłowicz z Warszawy. Gości z poza Krakowa przybyło około stu.

Komitet organizacyjny ugrupował zagadnienia naukowe, które były przedmiotem obrad, w cztery główne tematy, w zakresie których wygłaszano zasadnicze wykłady i odczyty. Poza tem godziny popołudniowe w dniach 20 i 22, oraz ranek dnia 23. przeznaczono na odczyty luźne. Dzięki temu, że obrady toczyły się cztery dni, dało się uniknąć podziału na sekcye, tak, że wszyscy uczestnicy Zjazdu mogli brać udział w całej pracy naukowej. Wpłynęło to bardzo dodatnio na przebieg dyskusyi, która toczyła się żywo, a każdy z tematów otrzymał wszechstronne oświetlenie. Obrady rozpoczęły się w piątek dnia 20. grudnia.

Na porządku dziennym I. posiedzenia, po uroczystem otwarciu Zjazdu, były: **Nowe metody badania narządu przedsionkowego.**

Pierwszy zabrał głos Dr Berlstein (Lwów), który omawiał część otologiczną tego zagadnienia, rozpatrując czynności błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych. Omówiwszy anatomię i fizyologię ucha wewnętrznego, przeszedł do sposobu badania narządu przedsionkowego bodźcami: wirowym, cieplikowym i galwanicznym, poczem przedstawił teoryę kierunku i płaszczyzny drżenia oczu przy każdym bodźcu, oraz teoryę i znamiona samoistnego drżenia oczu przy rozmaitych schorzeniach narządu przedsionkowego pochodzenia błędnikowego oraz ośrodkowego.

Dr Rothfeld (Lwów) mówił o najnowszych zdobyczach na polu badań narządu przedsionkowego i znaczeniu ich w rozpoznawaniu chorób nerwowych.

Dr Reich (Wiedeń) przedstawiał wyniki badań swoich i Dra Rothfelda, dotyczące wpływu półkul mózgowych, móżdżku i rdzenia przedłużonego na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego. Badania te wykazały niewątpliwy wpływ móżdżku i rdzenia przedłużonego na wspomniane odruchy.

Dr Jarkowski (Paryż) w odczycie z demonstracyami na gołębiach i królikach podnosił znaczenie próby galwanicznej dla rozpoznawania spraw przedsionkowych, w imieniu swojem i Prof. Babińskiego. Próba ta została w ostatnich czasach u nas zaniedbana, z powodu tego, że metody badania Baranyego zdobyły szeroki rozgłos. Jest ona jednak od metody Baranyego prostsza, niezawodna i powinna być dlatego zawsze stosowana.

Dr Zylberlastówna (Warszawa) przedstawiła wyniki badań klinicznych, które miały na celu wyśledzić, czy odczyn cieplikowy zmienia się w szeregu cierpień nerwowych. Z badań tych zdaje się wynikać, że przy stwardnieniu rozsianem pobudliwość nerwu przedsionkowego jest wzmożona, przy sprawach uciskowych mózgu, zapaleniu mózgu (encephalitis), porażeniach połowiczych i nowotworach wrzekomych pobudliwość obniża się po stronie ogniska chorobowego.

Po tych odczytach wywiązała się żywa dyskusya: Dr Chłapowski zwrócił uwagę na odczyny ruchowe, wywołane trzymaniem w ręku rozpędzonego koła w silnym obrocie. Zdaniem Prof. Dra Bochenka różnice w zapatrywaniach na działanie narządu przedsionkowego i jego stosunku do móżdżku polegają na niedostatecznej znajomości stosunku jądra Deitersa do móżdżku i kory móżdżkowej do jąder móżdżkowych. Dr Berlstein ocenia krytycznie próbę galwaniczną Babińskiego, twierdząc, że odczyn ten jest dodatni nawet po zupełnem zniszczeniu narządu przedsionkowego, gdy odczyn cieplikowy i obrotowy są już ujemne. Stwierdzono to na ludziach po labiryntotomii. Zdaje się więc wątpliwem, czy odczyn galwaniczny ma znaczenie dla dyagnostyki schorzeń obwodowego narządu przedsionkowego. Dalsze wątpliwości co do próby galwanicznej podnosili Dr Rosenthal i Dr Rothfeld; zarzuty te odpierał Dr Jarkowski.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W sprawie lekarzy rządowych

Starania lekarzy rządowych w Austryi o przyznanie należnego stanowiska i o poprawę bytu, podjęte w latach ostatnich, zdawały się zrazu rokować pomyślny skutek. Od niezbyt dawna jednak zaczyna się w tym względzie zarysowywać ze strony najwyższych władz prąd odmienny, który z wielu względów zasługuje na baczną uwagę ogółu lekarzy. Dlatego podajemy tu w krótkich słowach przedstawienie obecnego stanu tej sprawy.

W dniu 16. listopada 1912 r. odbyło się w Wiedniu nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Związku państwowego lekarzy rządowych, na którem były reprezentowane wszystkie kraje koronne Austryi z wyjątkiem Dalmacyi. Powodem zgromadzenia było zaniepokojenie i rozgoryczenie wśród lekarzy rządowych wobec nieżyczliwego traktowania całego stanu przez przełożone władze sanitarne i pomijania wszelkich próśb i rezolucyi Związku. Następstwem tego postępowania władz była rezygnacya długoletniego zasłużonego prezesa Związku, Dra Gustawa Paula.

Celem wyświetlenia rzeczywistego stanu akcyi wypada nadmienić, że w ostatnich latach wszystkie fachowe organy rządowe, jak techniczne, kontrola gorzelniana, leśnicze, weterynarskie, podlegające innym ministerstwom, a nie ministerstwu spraw wewnętrznych, osiągły znaczne korzyści przez podwyższenie rang, nadanie tytułu radców, prawo policzenia części lat służby prywatnej przed wstąpieniem do służby rządowej, podwyższenie dość znaczne dyet i milowego przy komisyach poza miejscem siedziby, a nawet przez remuneracye stałe za nadzwyczajne czynności urzędowe w miejscu siedziby. Natomiast lekarzom rządowym, podlegającym ministerstwu spraw wewnętrznych, wszystkiego tego albo wręcz odmówiono, albo prośby ich pominięto milczeniem.

Wszystko, co zrobiono dla lekarzy rządowych, ogranicza się do tego, że po przeprowadzeniu organizacyi lekarzy rządowych wprowadzono wyższe rangi, odpowiadające jednak zaledwie urzędnikom rachunkowym. Ale i związane z tem drobne polepszenie płacy okazało się zupełnie iluzorycznem, gdyż ogólną kwotę dochodów lekarzy obniżono z lichwiarskim procentem przez równoczesne znaczne uszczuplenie ich legalnych dochodów pobocznych.

Innych zarządzeń w celu poprawienia bytu lub stanowiska lekarzy rządowych wcale nie wydano, co tembardziej zadziwia, że Austrya co do ustaw wzoruje się na ustawach państwa niemieckiego; tam zaś lekarze rządowi mają znacznie wyższe płace, znacznie niezależniejsze stanowisko, podlegając państwowemu Urzędowi zdrowia, przydzielonemu do ministerstwa oświaty, i znaczne dochody dodatkowe (z badań osób prywatnych, przedsiębiorstw), unormowane stałą taksą.

Jako przyczynę ograniczenia dodatkowych dochodów lekarzy rządowych w Austryi, podają chęć podniesienia stanowiska i godności lekarza rządowego. Trudno jednak uwierzyć, ażeby lekarz ten z próżną kieszenią i zepchnięty przy wytężającej pracy do roli pisarza przy władzach administracyjnych, rozgoryczony i przygnieciony troską o byt rodziny, mógł godnie stanowisko swoje reprezentować.

Nadmienić należy, że według obecnie obowiązujących ustaw lekarze rządowi, biura sanitarne w namiestnictwach, Krajowe Rady zdrowia, a nawet Najwyższa Rada zdrowia są tylko organami doradczymi, a przeważna część ich opinii idzie poprostu do kosza. Wszelkie nowsze zarządzenia, wydawane w tych warunkach, bez albo nawet wbrew opinii tych czynników, są nietylko uciążliwe dla lekarzy, ale także połączone nieraz ze szkodą dla publiczności, która przez to rozdrażniona przypisuje winę nie właściwym autorom zarządzeń, ale ich wykonawcom, to jest lekarzom rządowym, co wcale nie przyczynia się ani do uprzyjemnienia życia, ani do ułatwienia i tak już trudnego zadania tych lekarzy.

Nieżyczliwość władz centralnych wobec lekarzy rządowych ma głębsze znaczenie, bo połączona jest z nieżyczliwością dla całego stanu lekarskiego; nowsze zarządzenia tych władz dotykają dotkliwie nietylko lekarzy rządowych, ale grożą podkopaniem bytu także lekarzy prywatnych, odejmując im zwolna rozmaite dochody przez odjęcie prawa wydawania świadectw, badań częściowych robotników i t. p. Dlatego byłoby wskazane, ażeby wszystkie stowarzyszenia lekarskie, zwłaszcza zawodowe, zapoznały się dokładnie z temi nowemi rozporządzeniami i zawczasu pomyślały o obronie lekarzy tak prywatnych, jak i rządowych. Należy się liczyć z tem, że obrona może być bardzo utrudniona, że Związki lekarzy rządowych mogą być ograniczone w działalności, a wtedy ostrze, zwrócone przeciw lekarzom powiatowym i policyjnym, zwróci się z całą siłą przeciw wszystkim lekarzom. Wszystkie zarządzenia, wydane w ciągu dwóch lat ostatnich, jak w sprawie wydawania bezpłatnych świadectw, wizytacyi aptek, bezpłatnej nawet po za miejscem siedziby lekarza, badania stanu zdrowia robotników, zajętych w drukarniach, fabrykach ołowiu, górników, dzieci szkolnych, sprawa przyjmowania posad przy innych władzach i t. p. nakładają na lekarzy rządowych olbrzymią pracę bezpłatną z uszczerbkiem nietylko ich dochodów, ale także ze znacznym uszczerbkiem dochodów lekarzy wolnopraktykujących.

Bezpośrednio przełożone władze polityczne idą nawet dalej i żądają od lekarzy rządowych coraz częściej najróżnorodniejszych czynności bezpłatnych w takich zakresach, które dotychczas były dla ogółu lekarzy źródłem znacznej części ich dochodu. Przez te czynności czas lekarza powiatowego jest tak zajęty, że staje się fizyczną niemożliwością podołanie wszystkim czynnościom, przytem dochody leka-

rzy rządowych zostały tak uszczuplone, że powstaje troska o byt materyalny i możność kształcenia dzieci.

Wszystko to może wpłynąć bardzo ujemnie na sprawność rządowej organizacyi sanitarnej w zakresie jej działalności sanitarnej i higieniczno-społecznej i dlatego, wykraczając poza granice spraw czysto tylko zawodowych (czem zająć się powinny pisma i organizacye zawodowo-lekarskie), wymaga bacznej uwagi i przeciwdziałania także ze stanowiska ogólnospołecznego.

Wiadomości bieżące.

Ze szczerą radością witamy nowego w czasopiśmiennictwie naszem towarzysza pracy, którym jest »Lekarz wileński, miesięcznik, poświęcony medycynie ogólnej«. Znaczenie, rolę i cele nowego czasopisma określa doskonale Redakcya na czele właśnie wydanego zeszytu pierwszego, dlatego posłużymy się jej słowami. Stwierdzając, że na ogromnej przestrzeni Litwy i Białej Rusi pracuje bardzo wielu lekarzy Polaków i że gdzieindziej dla informowania się o swych sprawach, o potrzebach ludności, dla doskonalenia się zawodowego, mają lekarze zjazdy i wszechnice, pisze Redakcya »Lekarza wileńskiego«: »Zjazdów lekarskich nie mamy; wpływają na to przyczyny natury politycznej, jakoteż ogromne odległości, dzielące rozrzuconych po kraju kolegów. O swojej wszechnicy nie możemy marzyć. Mamy wprawdzie kilka Towarzystw lekarskich, ale w nich ojczystego języka używać nie wolno. Brak więc nam wszelkich środków porozumiewania się i łączenia. W kraju, tak nizko stojącym pod względem kultury i zdrowotności, gdzie praca lekarska, prowadzona w bardzo ciężkich warunkach, często idzie na marne, gdzie każdy pracuje na własną rękę... musi dla siebie gromadzić doświadczenia i wynajdywać środki działania, tam trwanie w dotychczasowej apatyi ciężkim jest błędem; tembardziej, jeżeli jest możebność stworzenia choć jakiegokolwiek łącznika, mogącegoześrodkować rozproszone siły do wspólnej owocnej pracy. Nie mając laboratoryów, dobrych szpitali i lekarzy wyłącznie naukowo pracujących, jasno sobie zdajemy sprawę z wielkich trudności, które zwalczać nam przyjdzie... Wydawanie pisma w tych warunkach jest może mierzeniem siły na zamiary. My robimy pierwszy krok, niech po nas godniejsi przychodzą«.

Redaktorem i wydawcą »Lekarza wileńskiego« jest Dr M. Minkiewicz, sekretarzem Dr Jan Boguszewski. Zeszyt pierwszy, obejmujący 16 stron tekstu w formacie mniej więcej naszego pisma, zawiera artykuły oryginalne Dr E. Majewskiego i A. Zielińskiej, Minkiewicza, Boguszewskiego, Sycianki i Jeśmana, w »Przeglądzie prasy lekarskiej polskiej« streszczenie prac Michałowicza i St. Ostrowskiego, z piśmiennictwa obcego streszczenia z zakresu medycyny wewnętrznej, higieny i dermatologii, zapiski o nowych środkach, dalej w dziale »Ruch w Towarzystwach lekarskich« sprawozdanie z Towarzystw lekarskich w Wilnie i Mińsku, wreszcie kronikę i notatki historyczno-lekarskie. Z największem uznaniem należy podnieść wzorowe we wszystkich artykułach słownictwo i czystość języka. Zewnętrzna szata pisma nie pozostawia nic do życzenia.

Gronu, które stworzyło nowe ognisko polskiego ruchu naukowo-lekarskiego i pragnie dalej snuć nić przepięknych tradycyi wileńskich, przesyłamy najszczersze życzenia powodzenia w trudnej, a szlachetnej pracy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 15. b. m. doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd zdał sprawę z czynności w r. 1912, Dr Rosenhauch przedstawił chorego ze zmianami w oku, powstałemi wskutek urazu, przyczem w dyskusyi przemawiali prof. Braun i prof. Majewski. W końcu odbył się zapowiedziany wykład p. Wróblewskiego o kooperatywie.

— Preliminarz budżetu krajowego na r. 1913 przeznacza w wydatkach na rubrykę »Sprawy zdrowotne« o 1,650.423 kor. więcej, niż w r. z., a to wskutek podwyższenia ogólnych kosztów leczenia w szpitalach krajowych i zagranicznych o 105.000 kor., podwyższenia wydatków na szpital powszechny we Lwowie o 85.443 kor., na zakład w Kulparkowie o 1,177.484 kor., na szpital Łazarza w Krakowie o 157.097 kor., raty amortyzacyjnej pożyczki na budowę zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie o 135.000 kor., tudzież innych mniejszych różnic. Wobec ogólnego wzrostu wydatków krajowych o przeszło 9 milionów koron, ma Wydział krajowy przedstawić Sejmowi wniosek o pokrycie zagrażającego stąd niedoboru przez podniesienie stopy krajowych dodatków do podatków o 30%. Jeżeli jednak Sejm rychło nie będzie zwołany lub nie będzie normalnie pracować, wtedy będzie musiał Wydział krajowy przeprowadzić w budżecie przeszło 8 milionów koron oszczędności, a w tym celu wstrzymać m. i. wszelkie wydatki na adaptacyę, rozszerzenie i budowę szpitali i zakładów dla obłąkanych, skreślając w tym dziale 400.000 koron.

— W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych, po odesłaniu do komisyi sanitarnej powracającej ponownie do Izby posłów parlamentu austryackiego, umieszcza »Kuryer lwowski« (8. I. Nr 10) artykuł, odwołujący się do Koła polskiego, by gorliwiej zajęło się tą sprawą i przyspieszyło ostateczne uchwalenie ustawy, która mimo swego wielkiego znaczenia tuła się od lat z jednej Izby parlamentu do drugiej, z nich do ministerstwa i t. d.

— Pod tytułem »Zakusy centralistyczne« ogłasza Dr (praw) St. Gruiński w »Słowie polskiem« (Nr 11. 14.) artykuły, w których wywodzi, iż rząd, pragnąć poddać zakłady dla obłąkanych nadzorowi sądów, miał w rzeczywistości na celu to, aby ciężar utrzymywania oddziałów dla obłąkanych zbrodniarzy przerzucić na barki krajów. Dr Gruiński słusznie podnosi, że dla takich obłąkanych powinny istnieć zakłady osobne, utrzymywane kosztem państwa.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie uzyskał koncesyę na założenie własnego »Banku zdrojowego« z prawem wydawania obligacyi do wysokości 4 milionów koron. Będzie to pierwszy tego rodzaju bank w Austryi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. I. do 4. I. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca —, ospy wietrznej —, płonicy — † — (1 † —), odry —, duru brzusznego 1 † — (1 † —), czerwonki —, gorączki połogowej —, róży —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie zwraca się do ogółu lekarzy polskich z następującym komunikatem:

»W dn. 18. listopada 1912 Towarzystwo naukowe warszawskie przejęło od p. Wł. Palmirskiego jego dawną pracownię serologiczną i, rozszerzywszy ją znacznie, oddało ją pod kierunek Dra T. Gryglewicza. Dotąd pracownia ta wyrabia następujące preparaty: a) Surowice: przeciwbłoniczą, przeciwczerwonkową, przeciwpaciorkowcową wielowaźną, przeciwpaciorkowcową dla przypadków płonicy, przeciwgronkowcową wielowaźną; surowice aglutynujące: mętwiki cholery azyatyckiej, prątki duru brzusznego, paratyfusu A, paratyfusu B, surowicę hemolityczną dla krwinek baranich, surowicę normalną końską. b) Szczepionki: przeciwbłoniczą podług Gabryczewskiego, przeciwcholeryczną (na zamówienie), przeciwdurową (na zamówienie); szczepionki Wrighta: przeciwgonokokową, przeciwpaciorkowcową, przeciwgronkowco-

wą, przeciw bact. coli. c) Zarazek do tępienia myszy (na zamówienie). d) Hodowle drobnoustrojów chorobotwórczych. e) Podłoża. Towarzystwo naukowe warszawskie nie będzie szczędzić środków ani zabiegów, mających na celu postawienie pracowni serologicznej na najwyższym szczeblu rozwoju naukowego. Poza tem, mając na widoku potrzeby kraju, Towarzystwo porobiło już kroki, które umożliwią mu przystąpienie w niedługim czasie do wyrabiania surowic i szczepionek przeciwko różnym zoonozom, tak trapiącym nasz kraj i niszczącym jego dobrobyt. Wszelkie dochody, otrzymywane z tego źródła, T. N. W. obracać będzie na użytek już powstałych i powstać przy niem mających pracowni naukowych przyrodniczych i lekarskich. Działające w tych warunkach Towarzystwo jest przekonane, że ogół lekarzy polskich oceni należycie wysoką wagę dążeń naukowych i społecznych Towarzystwa i poprze je gorąco w całym zakresie swoich wpływów i działalności«.

— Zarząd Towarzystwa lekarskiego warszawskiego na r. 1913 wybrano 7. b. m. w składzie następującym: prezes Dr Pawiński, wiceprezes Dr Jakowski, sekretarz doroczny Dr T. Borzęcki, pomocnik sekretarza Dr Dobrowolski, zarządzający pracownią Dr L. Paszkiewicz.

— Przewodniczącym posiedzeń chirurgicznych w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrany został Dr Kijewski, zastępcą Dr Jakimiak, sekretarzem Dr W. Dobrowolski; przewodniczącym posiedzeń pedyatrów Dr Anders, zastępcą Dr Brudziński, sekretarzami Dr Łyskawiński i Podkuliński.

— Dr Władysław Stankiewicz wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

— »Gazeta lekarska« wprowadziła w r. b. korzystną zmianę papieru i kroju czcionek w swem wydawnictwie.

— W szpitalu izraelickim na Czystem przybył nowy pawilon na 80 łóżek, mieszczący na parterze oddział leczenia fizycznego, wyposażony we wszelkie nowoczesne urządzenia.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. I. do 13. I. 1913 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 7 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 2.

Dr Trenkner

Z różnych stron. W związku z międzynarodowym Zjazdem lekarskim odbędzie się w Londynie w r. 1913 wystawa historyczno-lekarska pod kierunkiem H. S. Wellcome, która zapowiada się nader bogato i zajmująco. Wyjaśnień udziela w tej sprawie »The Secretary of Historical Medical Museum, 54. a. Wigmore Street, London W.«.

— »Zakład wsparcia dla wdów i sierot austryackiego Związku Towarzystw lekarskich« (Oesterr. Aerztevereinsverband) nadesłał nam sprawozdanie z działalności swej w r. 1912. — Rozdzielone za ten rok za pośrednictwem Izb lekarskich wsparcia doszły kwoty 22796 kor., na co złożyły się wpłaty wszystkich Izb lekarskich w Austryi oraz dodatek z funduszów zakładu, wynoszący 8130 kor. Większą niż dotychczas kwotę wsparć umożliwiły subwencye (ministerstwa spraw wewn. 5000 kor., Wydziału kraj. śląskiego 500 kor., zarządów zdrojowisk: Abacya, Baden, Gastein, Levico, Karlsbad, Tobelbad, Marienbad — 1154 kor. 76 h.). Prezesem Zakładu wsparć wybrano r. rz. Dr W. Svetlina, wiceprezesem prym. Dr Lercha, skarbnikiem Dr Skorschebana, sekretarzami Dr Kammela i Dr Kampratha. Należy nadmienić, że z Zakładu otrzymują odpowiedni udział obie Izby lekarskie galicyjskie.

Mianowani: Dr Wilhelm Pisek, prymaryusz szpitala izrael. we Lwowie, odznaczony został tytułem radcy lekarskiego; profesorami tytularnymi w Wiedniu zostali docenci Roth, Schütz, Erben, Winterberg, Nobl, Weidenfeld, Stejskal, Marburg, Falta, Meller, Doer, Exner i Ranzi, rzeczywistymi nadzw. docenci Redlich i Pauli.

Zmarli:

Dr Edward Maryański

zmarł w 78 r. ż. w Jarmolińcach na Podolu. Pochodził z rodziny francuskiej, osiadłej w Polsce za Władysława IV; (po praszczurze jego, pierwszym komendancie twierdzy Kudaku, który zginął w obronie kresów, pozostała tam do dziś »Maryanowa mogiła«). Urodzony w Ryczywole w Radomskiem w r. 1834, gimnazyum ukończył w Radomiu, a studya lekarskie w r. 1859 w Kijowie. Pracując przez 53 lata jako lekarz, zdobył sobie cześć kolegów, których po Aleksandrze Kremerze (założycielu Towarzystwa lekarzy podolskich, a później Towarzystwa lek. krakowskiego), stał się duchowym przewodnikiem, a przez pół wieku wpływał na szerokie koła polskie na Podolu rozumem, etyką i przykładem własnego życia.

Dr Józef Świniarski w 42 r. ż. w Genui, Dr Eustachy Czekierski w 86 r. ż. w Warszawie, Dr Franciszek Bellon w 44 r. ż. w Częstochowie, Dr Wacław Lipski w 38 r. ż. w Łodzi.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 11. (cena 2·50 Mk.) i 12 (cena 3 Mk.). (Cały rocznik 16 Mk.).

Trzymając się ściśle corocznego planu, przynosi listopadowy zeszyt »Kursów« szereg rozpraw, dających przegląd ostatnich zdobyczy okulistyki (Prof. Krauss), otyatryi (Prof. Kümmel), dentystyki (prof. Dieck), oraz pracę o chirurgicznem leczeniu raka krtani (Prof. Gluck i Dr Soerensen). W zeszycie grudniowym podaje przegląd doroczny z zakresu chirurgii doc. Schöne, z zakresu szczegółowego chirurgii mózgu i rdzenia Prof. Borchardt; przeglądowi postępów medycyny sądowej poświęcony jest artykuł Prof. Puppego; Prof. Thiem i Doc. Jellinek zajmują się w swych rozprawach nauką o nieszczęśliwych wypadkach, a mianowicie pierwszy zdaje sprawę ze zjazdu, odbytego w tej sprawie w r. 1912, drugi zaś omawia nieszczęśliwe wypadki wskutek działania elektryczności. Z.

»Le Nourisson«. W Paryżu zaczął z początkiem b. r. wychodzić pod tym tytułem dwumiesięcznik, poświęcony wyłącznie patologii i higienie pierwszego okresu dziecięctwa. Na czele redakcyi stanął Prof. Marfan, a do grona jej należą Dr Apert, Avirагnet, Boulloche, J. Hallé, Lesage, Renault, Triboulet i Weill-Hallé, kierownicy oddziałów pedyatrycznych w szpitalach paryskich. Zeszyt pierwszy oprócz słowa wstępnego i artykułu o wrodzonej wązkości odźwiernika, pióra Prof. Marfana, zawiera prace o ciepłocie ciała noworodków, o leczeniu ropnych spraw skórnych i t. d., oraz obfity dział krytyczno-sprawozdawczy, bibliografię i t. d. Roczna przedpłata czasopisma tego, wydawanego przez księgarnię J. B. Baillière & fils. (Paris, 19 rue Hautefeuille) wynosi 14 franków.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.